

ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2002 - 2003**

**STRATÉGIE D'INTÉGRATION ENTRE UN HÔPITAL
LOCAL ET UNE MAISON DE RETRAITE
MISE EN ŒUVRE PAR LA DÉMARCHE QUALITÉ**

TRIBOULET Annabel

Remerciements

Je remercie les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

Monsieur J.M. Gilbon, en tant que responsable de formation et tuteur de mémoire

Monsieur A.Mosconi, maître de stage et directeur de l'hôpital local de Doué la Fontaine

Je remercie P.Quelais, directeur adjoint de l'hôpital local de Doué la Fontaine

Je remercie également tout le personnel travaillant à l'hôpital local de Doué la Fontaine.

Merci à toute l'équipe de la MAPA de Nueil sur Layon.

Merci enfin à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer au cours d'entretiens et ont permis d'enrichir ma réflexion par l'apport de différents points de vue.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE DE L'INTEGRATION	5
1.1 Diagnostic interne des deux établissements.....	6
1.1.1 Présentation des établissements	6
1.1.2 Analyse des ressources internes	8
1.2 Diagnostic externe des deux établissements.....	10
1.2.1 Politique et réglementation.....	10
1.2.2 Evolution de la demande.....	11
1.3 Contexte de coopération.....	13
1.3.1 Politique de coopération en gérontologie	13
1.3.2 De la coopération au regroupement des établissements.....	16
1.3.3 De l'idée de « fusion » à la réalité de l'intégration.....	19
2 DEUXIEME PARTIE : LES ENJEUX DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION ...	23
2.1 Les enjeux de l'intégration relatifs aux usagers ou à la qualité de prise en charge.....	24
2.1.1 L'enjeu de compatibilité ou « d'intégrabilité » de la MAPA.....	25
2.1.2 L'enjeu de complémentarité ou de « capacité intégratrice ».....	27
2.2 Les enjeux de l'intégration relatifs aux personnels ou à la qualité du management.	32
2.2.1 Les zones de risque liées au changement.	32
2.2.2 Le management pour la conduite du changement	36
3 TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION.....	45
3.1 La démarche qualité, levier de l'intégration.....	46
3.1.1 L'auto-évaluation, départ de la démarche qualité.....	46
3.1.2 La démarche qualité, étape de l'intégration	52
3.2 Management interne, facteur clef de succès de l'intégration.....	57
3.2.1 La participation de l'équipe de la MAPA.....	57
3.2.2 L'amélioration des qualifications du personnel	61
3.3 Evaluation de la démarche d'intégration.....	66

3.3.1	Satisfaction des résidents et du personnel.....	66
3.3.2	Evaluation de l'organisation liée à l'intégration	68
3.3.3	Evaluation de la démarche d'amélioration de la qualité.....	69
CONCLUSION		73
Bibliographie		77
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AS : Aide Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CA : Conseil d'Administration

CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

HACCP : Terme anglo-saxon signifiant "analyse des risques et maîtrise des points critiques"

MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Agées

MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

« *Il n'y a rien de négatif dans le changement si c'est dans la bonne direction.* »

(Winston Churchill)

La Maison d'Accueil pour Personnes Agées (MAPA)¹ de Nueil sur Layon et l'hôpital local de Doué la Fontaine, deux établissements du Maine et Loire (49), sont liés par une dynamique de coopération depuis 1996.

Elle a pris successivement la forme d'une convention de coopération, de direction commune ou de liens plus informels, pour aboutir à un projet de « fusion. »

Une précision terminologique doit être faite pour donner un nom au projet unissant la maison de retraite et l'hôpital local :

Fusion, regroupement, intégration, coopération ?

La fusion est définie comme la réunion en un seul groupe de divers éléments distincts, l'union intime et étroite de ces éléments.

En Droit commercial la fusion est la réunion de deux ou plusieurs sociétés indépendantes en une société nouvelle, la *fusion absorption* étant l'absorption d'une ou plusieurs sociétés par une autre qui subsiste seule.

L'intégration est définie comme le fait d'entrer ou faire entrer dans un ensemble des éléments distincts et extérieurs, de sorte qu'ils semblent lui appartenir et soient en harmonie avec les éléments préexistants de cet ensemble.

¹ Le sigle MAPA sera utilisé dans les développements pour désigner cette Maison d'Accueil pour Personnes Agées de Nueil sur Layon

Enfin *le regroupement* est le fait de mettre ensemble des éléments qui étaient distincts pour former un tout.

Quel terme retenir pour l'opération entre deux établissements consistant en l'augmentation de la capacité de l'un (l'hôpital local) par l'ajout des lits de l'autre établissement qui disparaît en tant qu'entité juridique et administrative (la MAPA) ?

La notion de regroupement peut être utilisée car sa définition ne s'oppose pas à la réalité de l'opération et a le mérite d'être plus neutre et moins impressionnante auprès du personnel et des résidents pour la communication sur le projet.

Elle a l'inconvénient de laisser une hésitation sur la conservation ou non des deux entités de départ. Or la disparition de la MAPA ne fait aucun doute : suppression de l'autorisation administrative, intégration du budget dans celui de l'hôpital, cession du patrimoine.

Le terme d'intégration sera donc utilisé pour désigner cette ultime étape de la coopération entre les établissements, dont la date d'effet est prévue au 1^{er} janvier 2004 après publication d'un arrêté de transfert des autorisations administratives de la MAPA.

La décision stratégique étant validée par tous les acteurs concernés, il reste à préciser les modalités de mise en œuvre de l'intégration :

Comment s'organisera l'intégration de deux établissements distants de 10 kilomètres ?

Quelles en seront les conséquences par rapport au fonctionnement actuel ?

Comment le personnel de la MAPA sera-t-il informé et associé ?

En effet, parallèlement à la définition de la stratégie de l'établissement, il faut également prendre en compte la gestion des ressources humaines et la garantie d'une prise en charge de qualité des résidents.

La question se pose donc de savoir quelle stratégie de mise en œuvre de l'intégration peut respecter les enjeux d'une prise en charge de qualité et d'un management adapté.

Cependant, plutôt que de voir des contraintes externes (normes de qualité) et des pesanteurs internes (résistances au changement), la démarche stratégique propose une autre alternative :

une conception du projet ouverte à l'environnement, positive et active dans la recherche tant de facteurs clefs de succès que des marges de libertés, qui permettrait de dégager des leviers pour la conduite de l'intégration.

Ainsi l'identification du contexte spécifique à l'opération (I) et des enjeux particuliers de l'intégration (II) permettent de proposer la stratégie suivante (III) :

- Profiter du levier d'une démarche continue d'amélioration de la qualité dans la MAPA pour initier un changement
- Réussir la conduite du changement sur la base du management stratégique et de l'accompagnement social du personnel.

1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE DE L'INTEGRATION

J'aborderai le contexte d'intégration entre les deux établissements avec l'approche de l'analyse stratégique qui se fonde sur un diagnostic de l'environnement comme outil d'aide à la décision pour les choix stratégiques.²

Elle est basée sur le postulat du choix, d'une capacité d'action et s'accorde donc avec la démarche stratégique retenue.

La méthodologie préconise la formulation d'une problématique stratégique selon des contraintes existantes, de compétitivité, de sécurité ou de légitimité.

Ainsi pour la MAPA la pérennité constitue la problématique stratégique, à laquelle il convient de répondre à l'aide d'un diagnostic externe (macro-environnement, marché, environnement stratégique) et d'un diagnostic interne (ressources financières, compétences techniques, humaines, organisationnelles et managériales)

Ce diagnostic sera envisagé par rapport aux deux établissements, diagnostic interne (A) et diagnostic externe (B). Cependant, l'analyse stratégique proprement dite sera surtout envisagée sous l'angle de la MAPA, la problématique qui se pose pour elle étant un élément clef dans la démarche de coopération (C).

² La méthodologie utilisée est celle présentée par V.Perret à l'occasion d'un cours dispensé à l'Institut de Travail Social de Tours. (formation CAFDES)

1.1 Diagnostic interne des deux établissements

1.1.1 Présentation des établissements

Présentation des établissements		
Points de comparaison	MAPA (Maison d'accueil pour pers. âgées)	Hôpital local
Type d'établissement	Maison de retraite publique autonome 40 lits d'hébergement 10.6 ETP soit environ 13 salariés	Etablissement public de santé 270 lits et places, 190 lits d'hébergement 141 ETP soit environ 185 salariés
Activité	Hébergement permanent	Médecine-soins de suite : 40 lits Unité de soins de longue durée : 40 lits Hébergement permanent : 180 lits Hébergement temporaire : 10 lits Soins infirmiers à domicile : 40 places
Instances	Conseil d'Administration Comité Technique d'Etablissement (ne se réunit plus) Commission Administrative Paritaire Départementale (CAPD)	Conseil d'Administration, Comité Technique d'Etablissement Commission Médicale d'Etablissement Commission Admin. Paritaire Locale (CAPL) Commission Service de Soins Infirmiers (CSSI) Comité Hygiène et Sécurité Conditions de Travail (CHSCT) <i>Et autres instances</i> : comité qualité, commission des entrées, de gestion des lits, formation.
Documents relatifs aux droits et devoirs des personnels	Protocole d'accord Aménagement Réduction du Temps de Travail (ARTT)	Règlement intérieur, Protocole ARTT, document unique sur les risques professionnels, livret d'accueil du professionnel et du stagiaire, contrat d'amélioration des conditions de travail
Documents relatifs aux droits et devoirs des résidents	Contrat de séjour Livret d'accueil qui n'est plus distribué	Contrat de séjour, livret d'accueil du résident, règlement intérieur
Démarche qualité	Débutée en mars 2003 par l'auto-évaluation ANGELIQUE	Débutée en 2000 par la démarche d'accréditation Auto-évaluation ANGELIQUE fin 2002, mise en œuvre du plan d'action : thème de l'accueil Organisation qualité : responsable qualité, comité, système documentaire
Perspectives	Projet de vie et de soins	Projet d'établissement approuvé pour 200-2004 : projet de soins, projet de vie, projet social, projet médical, schéma

	Projet stratégique de regroupement avec l'hôpital local	directeur avec <u>plan de restructuration</u> : Reconstruction et réaménagement des services d'hébergement (accessibilité, espaces collectifs, espace de déambulation pour désorientés) Transfert de la médecine et soins de suite dans un nouveau bâtiment d'hospitalisation, avec <u>service des cuisines dimensionné pour inclure une production pour la MAPA (800 repas/jour)</u> Projet d'établissement du Syndicat Inter Hospitalier (SIH) des établissements douessins pour 2003-2007
--	---	---

La place centrale de la démarche qualité dans la stratégie de regroupement des établissements suppose d'apporter quelques précisions à ce sujet.

L'hôpital local a déjà réalisé une auto-évaluation « à blanc » préalable à la procédure d'accréditation³ et applicable au secteur sanitaire, qu'il a décidé d'étendre aussi aux secteurs d'hébergement. Cette dernière décision préfigure la stratégie initiée par l'établissement en matière de qualité. En effet la stratégie qualité est définie par le maintien de la dynamique donnée par l'accréditation pour progresser régulièrement et sur l'ensemble des secteurs au-delà des contraintes réglementaires.

Ses objectifs sont d'inculquer « l'esprit qualité » à tous les agents, d'intégrer l'organisation qualité dans les réflexions du service, au quotidien (problème, cause, réaction, solution, suivi), de mobiliser des agents dans les services pour soutenir ce projet (formation de référents qualité prévue en décembre 2003).

Les moyens pour la mettre en œuvre sont le recrutement d'un responsable qualité, la constitution d'un comité de pilotage appelé comité qualité, le travail de groupes par thème d'amélioration de la qualité (hygiène, douleur, chutes), la publication d'un journal interne. A la définition de cette stratégie issue de l'accréditation est associée un type précis de démarche qualité, appelé amélioration continue de la qualité. C'est en effet une approche participative et progressive centrée sur les résultats et processus en cause.

Elle repose sur la mise en place d'un cycle d'amélioration de la qualité proposé par W.E.Deming, appelé roue de Deming ou encore PCDA du nom des étapes du cycle : Plan (définir les objectifs), Do (exécuter), Check (Evaluer), Act (corriger).⁴

La première étape de définition des objectifs suppose l'identification des points à améliorer, notamment en relevant les écarts par rapports à un référentiel tels que

³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Cours donné à l'ENSP le 10/07/2002 intitulé « Entrer dans une démarche continue d'amélioration de la qualité par une démarche d'auto-évaluation. » (Pr.Roussel)

l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) ou ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements)

En effet, la partie hébergement de l'hôpital l'oblige à procéder à une auto-évaluation dans le cadre réglementaire qui lui est propre, la réforme de la tarification. Ainsi elle constitue un des points de départ de l'amélioration continue de la qualité, au même titre que l'accréditation ou les différents outils de l'organisation qualité comme les signalements d'incident ou recueils de satisfaction. (voir annexe 1 : schéma système qualité)

Par ailleurs, la méthodologie, s'est basée sur le travail déjà réalisé et constitue même une forme d'évaluation du premier état des lieux réalisé sur tout l'établissement.

1.1.2 Analyse des ressources internes

Analyse des ressources internes		
Ressources	MAPA	Hôpital : secteur hébergement
Ressources financières (€)	<p>Peu d'auto-financement (autre que l'emprunt) car la MAPA est locataire de la commune et qu'il n'y a pas d'amortissements sur le montant des loyers</p> <p>Section d'investissement : 21 000</p> <p>Section d'exploitation ou budget : 620 000</p> <p>Forfait soins courant</p> <p>Prix de journée 2003 Hébergement 32.34</p> <p>GIR 1-2 10.28</p> <p>GIR 3-4 6.52</p> <p>GIR 5-6 2.76</p>	<p>Auto-financement, constitué à 87% des amortissements ; contexte de maîtrise des investissements dû à la construction du SIH</p> <p>SI : 630 000</p> <p>SE ou budget : 4 275 000</p> <p>Forfait soins courant et 60 lits de cure médicale, Unité de soins de longue durée</p> <p>Prix de journée 2003 Hébergement 29.91</p> <p>GIR 1-2 18.99</p> <p>GIR 3-4 12.05</p> <p>GIR 5-6 5.13</p>
Ressources techniques (soins)	<p>Equipement non adapté à la dépendance : lits médicalisés en location</p> <p>pas de baignoire à hauteur variable</p> <p>« systèmes d'appel malade » défaillant</p>	<p>Equipement adapté à la dépendance : lits, baignoires, lève malade</p> <p>« systèmes appel malade » reports bips.</p> <p>Dossier de soins informatisé</p>
Ressources humaines (fonctions et services)	<p>Médecins (libre choix)</p> <p>Infirmière- Aide soignante</p>	<p>Médecins autorisés-Pharmacien</p> <p>Infirmière- Aide soignante</p>

	<p><i>Agent des Services Hospitaliers</i></p> <p>Restauration : 1 personne Secrétariat : 1 personne</p> <p>Lingerie</p>	<p><i>Agent des Services Hospitaliers Animatrice-Ergothérapeute-Kinésithérapeute- Psychologue-Psychomotricienne</i></p> <p>Restauration : 9 personnes environ Administration : 12 personnes environ Standard-accueil, bureau des admissions, bureau du personnel, services économiques, service qualité, service informatique et ateliers, lingerie, magasin, hygiène locaux</p>
<p>Ressources organisationnelles (organisation du travail)</p>	<p>Pas de réunion d'équipe formalisée : échanges dans l'équipe en cas de difficulté ou pour les congés annuels</p> <p>Peu de procédure pour l'organisation du travail : ménage « en grand » d'une chambre, classeur pour la planification des soins non utilisé</p>	<p>Réunions d'équipe, de service, de synthèse (avec la psychologue), transmissions ciblées</p> <p>Système documentaire : classeur de procédures d'hygiène, de procédures de soins, classeur pharmacie, classeur sécurité, classeur qualité et accréditation</p> <p>Planification des soins</p>
<p>Ressources managériales (stratégie, management)</p>	<p>Un directeur par intérim, directeur adjoint de l'hôpital, gère l'établissement de façon autonome sur le temps que lui laisse ses fonctions à l'hôpital local.</p> <p>Pas de stratégie en l'absence de projet d'établissement</p>	<p>Un chef d'établissement, un directeur adjoint chargé des services économiques, un cadre infirmier supérieur</p> <p>Axes stratégiques issus du projet d'établissement donnés en réunion de direction hebdomadaire, appliqués par les cadres de santé dans leurs services respectifs.</p>

Les ressources financières des établissements nécessitent quelques explications :

Données 2003 Chiffres arrondis pour comparer des ordres de grandeur	MAPA	Hôpital local- services d'hébergement et unité de soins de longue durée
Total lits	40	190
Budget EHPAD (€)	620 000	4 275 000
Coefficient multiplicateur pour comparaison masses	1	$\frac{40}{190}$
Budget à masses comparables (€)	620 000	950 000
Ecart (€)		330 000

La principale raison de l'écart sur le budget autorisé donc sur les ressources financières est la médicalisation de l'hôpital local par rapport à la MAPA : soins de longue durée et anciennement section de cure médicale, sachant que ces deux notions disparaissent

avec la réforme de la tarification pour le statut unique d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).⁵

Cependant la différence de ressources financières persisterait même si un projet de médicalisation avait été défendu et accepté.

En effet, l'autre ressource étant le prix de journée payé par les résidents, la petite taille de la MAPA pose le problème de la « masse critique » et de la difficulté à maîtriser le tarif dans un cadre raisonnable lorsqu'il est supporté par seulement 40 résidents.

Cela est dû au mode de calcul du prix de journée qui est le total des charges sur l'activité en nombre de journées (capacité d'accueil x jours d'ouverture x taux d'occupation).

On note ainsi que le prix de journée hébergement est plus élevé à la MAPA, pour une offre de prestation moins importante, et une prise en compte des changes à usage unique pour l'incontinence depuis 2003, à l'initiative du directeur de l'hôpital local dans le cadre de la préparation de l'intégration.

C'est également l'explication de l'impact important des frais fixes ou frais de structure (montant des loyers versés à la commune) pour un établissement de cette taille.

Le diagnostic interne doit être complété par un diagnostic externe pour l'analyse des contraintes et opportunités de l'environnement.

1.2 Diagnostic externe des deux établissements

1.2.1 Politique et réglementation

Aux plans légal et réglementaire, plusieurs évolutions concernant tant la MAPA que l'hôpital local se sont enchaînées dans le temps à un rythme rapide.

Ces réformes dont la mise en œuvre suppose du temps et des moyens se posent comme des contraintes externes pour la MAPA. Il s'agit en effet de :

- arrêté du 29 septembre 1997 : sécurité alimentaire et procédures HACCP en cuisine collective

⁵ Le sigle EHPAD sera utilisé dans les développements pour désigner les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- lois du 24 janvier 1997 et textes d'application du 26 avril 1999 et 4 mai 2001 (récemment instruction du 13 janvier 2003) : la réforme de la tarification et l'obligation de signer une convention tripartite avec les autorités de tarification,
- loi du 20 juillet 2001 pour l'apparition corollaire d'une nouvelle prestation sociale, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour remplacer la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).
- décret du 7 mars 2001 portant la réforme du Code des Marchés Publics
- dispositions du protocole d'accord national du 27 septembre 2001 et des textes législatifs et réglementaires de référence : mise en place de la réduction du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière.
- décret du 5 novembre 2001 portant création du document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs : la gestion des risques professionnels
- arrêté du 19 novembre 2001 : la sécurité incendie et nouvelle catégorie de type J
- l'application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette loi place l'usager au centre du fonctionnement de l'établissement par l'existence de documents garantissant ses droits et devoirs (règlement de fonctionnement, livret d'accueil tourné vers la prévention de la maltraitance) et par le principe de participation de l'usager (projet de vie individualisé, contrat de séjour, conseil de la vie sociale).

1.2.2 Evolution de la demande

La demande est à considérer, pour un établissement médico-social tel que la MAPA, d'après la notion de « zone d'attractivité », soit des personnes âgées provenant de la commune de Nueil sur Layon ou de communes avoisinantes.

Il s'agit donc d'un établissement de proximité par excellence, proximité à laquelle sont très attachés les habitants de la commune.

D'après les chiffres de recensement de 1999, il nous est possible de réaliser des projections afin d'anticiper l'évolution de la demande. En 2010, le Maine et Loire compterait 71400 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 56 500 en 1999 (augmentation d'un quart). Entre 1999 et 2010, les effectifs des 85 ans et plus augmenterait de 8%.⁶

⁶ Schéma gérontologique du Maine et Loire (version provisoire pour 2003-2007).

Selon le modèle OMPHALE utilisé par l'INSEE

Entre 1990 et 1999, on constate une baisse du nombre d'usagers en institution de moins de 90 ans. Cela signifie une augmentation de la proportion des personnes âgées vivant à domicile. Les raisons suivantes peuvent être avancées:

- amélioration du niveau de vie des retraités et meilleur état de santé
- logements plus confortables
- effets de la politique en faveur du maintien à domicile.

Après cet âge, la vie en institution devient plus fréquente, ce qui entraîne une évolution de la demande pour la MAPA et recentre donc notre activité autour de l'accueil de personnes ayant déjà basculé dans la dépendance ou au grand âge.

Conclusion sur l'analyse stratégique :

Ainsi le diagnostic interne nous a montré des faiblesses dans toutes les ressources de la MAPA, faiblesses qui s'expliquent par la petite taille de la MAPA et la notion de masse critique pour la gestion des établissements sanitaires et sociaux.

A ces faiblesses internes vient s'ajouter le poids de la politique et de la réglementation actuelle qui, exploitées comme des opportunités par certains établissements comme l'hôpital, ne peuvent être considérées que comme des contraintes ou menaces pour la MAPA et tous les établissements autonomes de sa taille.

Ainsi le problème stratégique pour la MAPA est la question de la pérennité d'un établissement médico-social de petite taille, dans un contexte d'augmentation de la dépendance des personnes âgées et d'obligations toujours plus grandes en matière de sécurité et de qualité de prise en charge.

Ainsi, la coopération avec l'hôpital local de Doué la Fontaine apparaît comme une nécessité dans ce contexte et même comme le moyen d'assurer sa pérennité.

1.3 Contexte de coopération

1.3.1 Politique de coopération en gérontologie

A) La réglementation

Rejoignant la logique du secteur sanitaire, les textes récents vont dans le sens d'une coopération accrue en gérontologie, et ce dans un souci de complémentarité.

Textes	Références précises	Dispositions en faveur de la coopération
Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale	Section 4 De la coordination et de la coopération Article 20	« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement » les établissements peuvent conclure des conventions, procéder à des regroupements ou des fusions »
Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges des conventions tripartites pluriannuelles	Il Les recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes 5. Recommandations relatives à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés	Les objectifs à atteindre : développer des complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local concernant : - le soutien à domicile - l'intervention d'équipes psychiatriques - l'accessibilité de l'établissement - la coopération inter-établissements, sanitaires ou médico-sociaux, en matière d'organisation des soins, mise en commun de moyens, notamment en personnel soignant
Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local	Il Hôpital local et complémentarités	Recommandation n° 3 : « Un projet de santé du bassin de vie de l'hôpital local peut être envisagé pour favoriser le développement de complémentarités entre les acteurs locaux de l'offre de soins. Ce projet constitue une répartition des missions et compétences entre hôpitaux locaux, et entre hôpitaux locaux et d'autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales. » Recommandation n°4 : « La complémentarité doit être un point clef du projet médical des hôpitaux locaux. Cette complémentarité s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence, et leur participation à des réseaux avec les acteurs locaux sanitaires et sociaux. »

B) Le contexte de coopération dans le Maine et Loire

Un entretien à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) d'Angers⁷ a permis de faire le constat suivant sur le Département :

Il existe dans le Maine et Loire une constellation de maisons de retraite autonomes avec une capacité d'accueil parfois limitée.

Les raisons pour lesquelles des établissements proches et de petite taille n'ont pas établi de rapprochement et de coopération sont politiques (pas de volonté des maires concernés), ou organisationnelles (décision et dynamique des directeurs) ou encore commerciales (la maison de retraite représente un marché important notamment pour la pharmacie locale).

Ces rapprochements comportent donc des facteurs clefs de succès :

- volonté des directeurs de travailler ensemble et volonté politique des maires (rôle pédagogique de chacun auprès du Conseil Municipal, de la population locale),
- veille stratégique de la DDASS et du Conseil Général pour saisir les opportunités de rapprochement et ne pas laisser des situations problématiques se pérenniser

En ce qui concerne le facteur de succès dépendant de la volonté des acteurs en présence, l'exemple relatif à la maison de retraite de la Ménitrie est particulièrement significatif.

En effet un autre projet d'intégration existe entre elle et l'hôpital intercommunal du Baugeois et de la vallée.(établissement lui-même issu d'une fusion entre deux hôpitaux locaux). Celle-ci présente d'ailleurs des points communs avec la MAPA :

- capacité de 40 lits
- construction en 1987, même situation patrimoniale (propriété de la commune),
- coopération avec l'hôpital local voisin notamment par une direction par intérim.

Les particularités cette fois de la maison de retraite par rapport à la MAPA sont une plus grande médicalisation et des difficultés financières présentant un caractère plus urgent. Cela n'empêche pas l'observation d'une grande similitude entre les deux situations.

⁷ Entretien avec F.Beauchamps inspecteur des affaires sanitaires et sociales

Or, pour deux situations comparables, deux conclusions différentes ont été données par les acteurs en présence : le maire de La Ménitric, Président du Conseil d'administration de la maison de retraite, s'est opposé au projet au motif de l'attachement de la commune à son autonomie.

Il faut donc nécessairement une volonté politique en faveur de l'intégration, spontanée ou initiée par la persuasion de l'intérêt du projet par les directeurs d'établissements et les tutelles, et donc d'une volonté affirmée des directeurs concernés d'opter pour cette décision stratégique.

C) La politique de coopération de l'hôpital local

La coopération avec la MAPA découle directement de la mise en œuvre du projet d'établissement de l'hôpital local présenté plus haut.

En effet celui-ci s'inscrit délibérément dans une politique de coopération.

Il s'agit de la création du Syndicat inter hospitalier (SIH) des établissements de santé douessins, forme de coopération choisie par l'hôpital local et l'association les Récollets-La Tremblaye pour le regroupement de leurs activités de médecine et soins de suite dans un nouveau bâtiment d'hospitalisation ouvrant ses portes en 2004.

Le projet institutionnel du SIH pour 2004 est composé d'un projet médical, d'un projet de soins, d'un projet d'accueil et d'animation, d'un projet social ou de gestion des ressources humaines.

Ce projet présente également les différentes formes de complémentarités mises en œuvre en ce qui concerne les fonctions logistiques et hôtelières, les systèmes d'information, et le plateau médico-technique.

Ce projet confirme également la volonté de créer une communauté de travail dans le nouveau bâtiment, qui est compatible avec le maintien de l'identité de chacun des adhérents.

Cette politique se traduit également par l'adhésion à la Communauté des Etablissements du saumurois, la participation à des réseaux comme le réseau de soins palliatifs, de soins réadaptatifs et surtout le réseau gérontologique créé par l'hôpital et dont il est l'établissement pivot. Il s'agit d'un ensemble de professionnels de santé médicaux et paramédicaux agissant sous la coordination du médecin généraliste pour détecter les besoins de la personne âgée (bilan gériatrique initial) et proposer un plan d'intervention social et médico-social formalisé permettant le maintien à domicile. On peut également citer la création d'un SIH de médecine du travail et d'une association informatique des hôpitaux locaux (AIDHL).

1.3.2 De la coopération au regroupement des établissements

A) Le sens du projet de regroupement

Le projet de coopération a commencé en 1996, à l'occasion du départ en retraite de la directrice en poste de la MAPA.

La gestion de la MAPA a alors été confiée en mars 1997 à un cadre de direction de l'hôpital de Doué la Fontaine selon les dispositions de la convention de coopération et de gestion commune (adoptée par le conseil d'administration de la MAPA en juin 1998.)

Cette coopération se traduit par la présence d'un directeur par intérim et par des aides ponctuelles telles que la mise à disposition du personnel des ateliers de l'hôpital. Elle permet également, sur la base de la volonté de ce directeur, l'apport du savoir-faire de l'hôpital par des outils tels que le dossier de soins du résident, le classeur de soins, le contrat de séjour, l'organisation de la fonction linge, informatisation de l'administration.

Cette première étape de coopération a donc été favorable à la MAPA, mais s'est organisée plutôt sur la base d'un investissement individuel que de dispositions contractuelles.

Puis une convention de direction commune a été adoptée entre les deux établissements. C'est elle qui pose déjà le principe du regroupement pour 2004 et la justification du projet. Elle désigne le chef d'établissement de l'hôpital local directeur de la MAPA, et le directeur par intérim intervient alors dans le cadre de sa fonction de directeur adjoint chargé des services économiques comme à l'hôpital.

Cette convention est donc une étape plus avancée de la coopération : elle a pour principal intérêt de permettre la préparation de l'intégration et d'apporter par ce moyen des aides pour la MAPA.

Il s'agit, en plus des moyens managériaux que représente toute l'équipe de direction, de l'animation de l'équipe par un cadre infirmier, du lancement de l'auto-évaluation ANGELIQUE préalablement à la signature de la convention tripartite et, pour les résidents, de l'inclusion du coût des changes à usage unique pour l'incontinence dans le prix de journée, sans augmentation de celui-ci (en faisant profiter la MAPA des conditions d'approvisionnement et de l'infrastructure de l'hôpital local). Ces améliorations sont aussi celles qui préfigurent l'intégration : la mise en place d'une garde administrative, d'une permanence des ateliers, d'un pool de remplacement commun.

Ainsi ces deux formes de coopération ont permis d'atteindre des résultats positifs pour la MAPA par le biais d'aides ponctuelles, de mises à disposition de temps ou de savoir-faire de personnels.

Cependant, même la forme plus avancée de coopération par la direction commune ne permet pas d'atteindre les mêmes objectifs que si la MAPA devenait un service en tant que tel de l'hôpital local grâce à l'intégration.

Mais la coopération et l'intégration sont deux projets spécifiques et le passage de l'un à l'autre, loin de se faire naturellement, suppose bien au contraire la volonté délibérée et argumentée des acteurs en présence. Cette unanimité a été obtenue par les étapes et le cheminement suivant :

Le projet de « fusion » a été évoqué et débattu plusieurs fois au cours des séances du conseil d'administration de la MAPA, notamment au cours des séances du 8 novembre 2001 et du 26 janvier 2002. Le conseil municipal, dans sa séance du 20 décembre 2001, en a délibéré. Le conseil municipal a déclaré son accord sur le projet de regroupement avec l'Hôpital de Doué, en souhaitant que les emplois puissent être pérennisés à la MAPA de Nueil sur Layon. Le conseil d'administration de la MAPA, lors de sa séance du 26 janvier 2002, a pris connaissance de l'avis favorable du conseil municipal et confirme sa volonté de mener à son terme ce projet pour le 1^{er} janvier 2004.

Ainsi le 1^{er} janvier 2004 la MAPA bénéficiera de l'ensemble des services et ressources de l'hôpital sous réserve d'une organisation performante due à la distance de 10 kilomètres entre eux. Elle bénéficiera donc de l'infrastructure de l'hôpital, des services administratifs, du cadre infirmier, de l'équipe médico-technique, des compétences particulières telles que celles du pharmacien, du responsable qualité, de la coordonnatrice de l'animation.

L'intégration et le « statut » de service de l'hôpital apporte donc indéniablement des avantages supplémentaires à la MAPA. Mais qu'en est-il pour l'hôpital local ?

B) Les avantages du regroupement

Le passage au regroupement suppose un intérêt intrinsèque à l'opération distinct de celui de la coopération, l'existence de complémentarité et donc d'avantages réciproques.

Autrement dit, le projet n'aurait jamais été défendu par les acteurs s'il ne correspondait pas à une logique de contrat « gagnant- gagnant » pour les deux établissements.

Outre les avantages décrits ci-dessus, la MAPA verra des avantages dus aux complémentarités que seul permet un projet d'intégration.

- une gestion centralisée du personnel qui bénéficiera d'ouvertures dans l'évolution de leur carrière individuelle, ainsi que la gestion d'un pool de remplacement commun ;
un plan pluriannuel de formation professionnelle continue commun ;
- un plan pluriannuel d'investissement ;
un budget d'exploitation confondu, mais des moyens globalement accrus ;
une section d'investissement réactivée et renforcée ;
- une gestion centralisée des approvisionnements, avec de meilleures conditions économiques, et une logistique renforcée, des moyens de maintenance préventive et curative performants

L'intérêt de l'intégration pour l'hôpital réside dans la disparition des contraintes liées à cette coopération, dans un contexte réglementaire de plus en plus exigeant : temps de la mission de direction par intérim, notamment pour la gestion des ressources humaines.

Ainsi, comme pour la MAPA, l'intérêt de ce projet vient des possibilités de complémentarités dans la gestion et l'organisation liées :

- aux conséquences juridiques de l'opération (unicité du budget et des instances décisionnelles) pour une gestion simplifiée de la MAPA.
- aux choix d'organisation : centralisation de certains services comme les admissions, l'accueil, la comptabilité, les achats.

Sans cette recherche de synergies, la fusion ne serait pas la réponse recherchée aux contraintes de la coopération et alourdirait au contraire la gestion de l'hôpital local.

Enfin, l'opération présente un intérêt économique pour l'établissement car, sans aller jusqu'à parler d'économies d'échelle, on constate au moins un étalement des coûts (de

restructuration notamment) sur une plus grande « surface », le prix de journée étant la principale source de financement.

Mais cet argument en faveur suppose déjà de mieux cerner sa nature : la plus grande « surface » correspond à une augmentation de la capacité de l'hôpital local de 40 lits supplémentaires de la MAPA, c'est-à-dire une véritable intégration.

1.3.3 De l'idée de « fusion » à la réalité de l'intégration

A) Mise en œuvre de l'intégration au plan administratif

La mise en œuvre de la fusion au plan administratif se traduit par un transfert d'autorisation des lits de la MAPA à l'hôpital local, décidé par le Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

L'entité juridique de la MAPA disparaît pour rejoindre celle de l'hôpital local de Doué la Fontaine, lequel voit sa capacité augmenter de 40 lits d'hébergement.

Ces éléments doivent être développés dans un dossier adressé au CROSS, selon un plan permettant de définir la nature exacte et l'intérêt de l'opération de regroupement.

Ce dossier présente la motivation de la demande, selon laquelle la coopération a mis en lumière que le maintien de l'autonomie juridique de la MAPA était un obstacle à son développement, l'effet de taille étant, comme nous l'avons vu précédemment, pénalisant en matière de gestion des personnels et de plan d'investissement.

En ce qui concerne les objectifs « sociaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques du projet », ils consistent à garantir une prise en charge des résidents dans des conditions de qualité et de sécurité et à renforcer les qualifications de l'équipe.

Le dossier précise enfin le choix de centralisation de l'administration et de la restauration tout en formalisant l'engagement à faire fonctionner la MAPA en tant que service d'hébergement et de maintenir les lits dans la commune de Nueil sur Layon.

La nouvelle organisation applicable devra donc tenir compte de la distance entre les deux sites pour le transport des repas, des médicaments, ainsi que l'accueil des familles.

B) Au plan patrimonial

La situation du patrimoine de la MAPA de Nueil sur Layon est évoquée par « le projet de regroupement par fusion » rédigé avant la convention de direction commune :

La commune étant propriétaire du bâtiment, la MAPA est redevable de paiement de loyers.

Le terme de la convention de location entre la commune et la MAPA a été fixé en 2007. L'article 3 de la convention de loyer mentionne que « *dans les six mois précédent l'expiration du bail, une nouvelle convention sera établie* » sans plus de précisions..

Le loyer correspond au montant total des annuités supportées par le budget de la commune de Nueil. Ce loyer a été corrigé à la baisse en 1999, à la suite des réaménagements des prêts bancaires négociés par la commune. Le remboursement anticipé des emprunts en cours, sous certaines conditions à débattre avec l'organisme bancaire, permettrait à la MAPA de retrouver son autonomie dans la gestion de son patrimoine, et d'autofinancer ses projets immobiliers.

Les scenari relatifs au patrimoine doivent prendre en compte un programme de travaux ou de grosses réparations, à programmer dans les cinq prochaines années, ainsi que certaines contraintes de mises aux normes et d'évolutions réglementaires qui seront opposables au propriétaire.

Ainsi les différentes solutions envisagées étaient les suivantes :

- cession du patrimoine à l'Hôpital de Doué par la commune
- ou conservation de la propriété des bâtiments et du terrain par la commune.

La première solution de cession du patrimoine est retenue.

La mise en œuvre du scénario s'est déroulée selon le calendrier suivant :

- définition du périmètre concerné par un géomètre (et évaluation par les Domaines)
- prise de contact avec la banque pour les solutions envisageables sur les prêts
- le 11 juin 2003 : réunion sur la situation patrimoniale.
- décisions finales des instances délibératives : Conseil d'administration de l'hôpital et Conseil municipal de la commune de Nueil sur Layon.

Ainsi le transfert de patrimoine s'opère selon les modalités suivantes :

1. rachat des bâtiments à la commune pour un montant équivalent à la valeur résiduelle des emprunts souscrits par elle.

2. transfert à l'hôpital local des emprunts souscrits par la MAPA.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

L'analyse stratégique et la présentation de la MAPA et de l'hôpital ont permis de conclure à la nécessité d'une coopération entre eux deux, et de poser déjà la question de la pérennité de la MAPA comme structure autonome vu les faiblesses des ressources internes dans un environnement externe de plus en plus contraignant.

Le contexte de la coopération, jusqu'à l'opération d'intégration elle-même, a montré à la fois les avantages pour chacun des établissements, et la spécificité de l'opération par rapport au projet plus classique de fusion. Puisqu'il n'y a pas de création d'une tierce entité juridique, certaines questions ne se posent pas :

- recomposition des instances et détermination des autorités décisionnelles
- création d'une nouvelle entité administrative : identification, autorisation administrative
- réalisation d'un projet institutionnel

Cependant, la nécessité de l'intégration, ses avantages indéniables et majeurs, sa simplicité relative à une opération de fusion, ne doivent pas faire conclure à un caractère simpliste, presque naturel d'une opération dont il ne suffirait plus que d'attendre la date de l'entrée en vigueur officielle par la publication au Journal Officiel de l'arrêté de transfert d'autorisations.

En effet, d'une part, l'intégration suppose, comme exposé en fin de cette première partie, un travail préalable au plan administratif (dossier CROSS), comptable et patrimonial, ainsi que toutes les démarches liés à la disparition d'une entité juridique comme la résiliation des contrats.

D'autre part, une telle opération se prépare pour mettre en place une nouvelle organisation suite à la centralisation de deux services, une harmonisation des fonctionnements et par l'accompagnement social du personnel.

Par ailleurs, en amont de la préparation, il faut procéder à une analyse pour vérifier la complémentarité entre les établissements et se doter d'éléments d'aide à la décision pour le choix de la meilleure stratégie de conduite de l'intégration pour les enjeux initialement fixés : amélioration de la qualité de prise en charge des résidents et adaptation du mode de management interne.

2 DEUXIEME PARTIE : LES ENJEUX DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION

L'analyse stratégique et le rappel du contexte des deux établissements conduisent au résultat visé : la décision d'un choix stratégique consistant en l'intégration de la MAPA. Cependant ce choix sur le principe même de l'intégration ne se suffit pas à lui-même puisqu'il faut naturellement mettre en œuvre les stratégies. Ainsi, une analyse est nécessaire pour déterminer des choix dans la mise en œuvre de l'intégration.

Pour ce faire, deux éléments sont déterminés : la recherche d'une prise en charge de qualité et la gestion des ressources humaines adaptée.

L'intérêt de ces approches convergentes réside dans le fait qu'elles sont à la fois leviers et enjeux du changement.

En effet, la conception de la fonction de direction dans sa globalité et la logique de la démarche stratégique retenue à l'origine permettra d'identifier des marges de manœuvre dans l'application de la décision d'intégration.

Le choix de la stratégie pour la mise en œuvre de l'intégration résultera d'une analyse sur ces deux plans : le plan de la prise en charge des usagers (A) et le plan du management interne. (B)

2.1 Les enjeux de l'intégration relatifs aux usagers ou à la qualité de prise en charge

La réalité de l'opération juridique conduit à parler d'intégration ou regroupement et non de fusion de l'hôpital local et de la maison de retraite.

Or les analyses de préparation de la fusion⁸ préconisent, lors d'une période dite de « pré fusion », de réaliser un diagnostic permettant de rechercher les complémentarités et de vérifier la compatibilité quant à l'activité et la culture. Ces deux notions peuvent être définies de la façon suivante :

La compatibilité est la faculté de pouvoir s'accorder ou coexister avec autre chose.

La complémentarité est la capacité de compléter une chose de même nature.

Ainsi, étant donné la spécificité de l'opération qui nous intéresse par rapport à une fusion, il est légitime de se poser la question de savoir si les enjeux sont identiques. On pourrait considérer en effet a priori qu'il n'y a pas de danger de perte d'identité ou de culture de la maison de retraite, si elle a vocation à « adopter » celle de la structure qui l'accueille.

Pour cela il est possible de baser notre réflexion sur l'intégration selon la définition, appliquée à une personne, dans *Les mots de l'action sociale*, DGAS, définitions des mots les plus courants du domaine social selon la « Commission Générale de Terminologie et Néologie ».

Il s'agirait d'un « processus qui conduit une personne à adopter les valeurs et les normes du système social. »

Sur la base de cette définition, les éléments nécessaires à toute intégration sont « l'intégrabilité » de la personne ou capacité à s'intégrer et la « capacité intégratrice » de la société.

En procédant par analogie, on pourrait considérer que les enjeux ou facteurs clefs de succès de l'opération sont l'intégrabilité de la MAPA, soit sa compatibilité avec l'hôpital

⁸ DEFOUR J.M, « Projet de fusion entre un hôpital local et une maison de retraite- analyse stratégique », mémoire de l'ENSP- 1999 et LANCHAIS R., « Zones de risque dans la gestion des processus de fusion », mémoire de l'ENSP- 1997

local (1) et la capacité intégratrice de l'hôpital local, soit sa capacité à établir les complémentarités entre les deux établissements (2).

2.1.1 L'enjeu de compatibilité ou « d'intégrabilité » de la MAPA

A) Compatibilité des activités

Les activités de la MAPA et de l'hôpital sont compatibles dans la mesure où la mission d'hébergement de personnes âgées est la même.

Le sigle « MAPA » correspond à la notion plus connue dans le langage de courant de « maison de retraite ». Ainsi, la MAPA a pour mission d'accueillir des personnes âgées, en leur proposant l'hébergement (entretien de la chambre et des locaux communs), le repas et l'entretien du linge, les soins d'hygiène corporelle, les soins délivrés par l'équipe soignante, la participation aux animations et l'aide dans les actes de la vie quotidienne.

La circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local rappelle dans une première partie les missions et activités de l'hôpital local :

« (...) parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales. A ce titre il accueille dans des services adaptés (constituant des lieux de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité. »

Les catégories de bénéficiaires en hébergement sont comparables : personnes âgées dépendantes, qui n'ont plus assez d'autonomie pour un maintien à domicile.

Ces bénéficiaires sont issus d'un milieu rural du canton de l'implantation de l'établissement ou de cantons limitrophes.

Données 2002	MAPA	Hôpital local, hébergement
Moyenne d'âge	84.88	81.03
Sexe	1/3 d'hommes 2/3 de femmes environ	Idem
désorientation/démence	32.50 % (potentiellement)	36 %
GMP	520	542

B) Compatibilité de culture

La différence de culture pourrait provenir de la différence de taille de l'organisation et de la différence entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

La taille de l'organisation : l'hôpital local est une structure d'une capacité de 270 lits et places, dotée d'une large palette d'offre de soins (voir la présentation des établissements).

La MAPA est en revanche une petite structure de 40 lits. Or la différence de taille induit nécessairement une différence relationnelle car dans les petites structures, il règne une ambiance familiale qui se traduit à tous les niveaux :

- relations personnelles entre les résidents et le personnel
- attachement à la structure du personnel et des résidents
- grande motivation et implication de l'équipe

Secteurs sanitaire et médico-social : il existe traditionnellement une opposition entre la culture soignante et la culture médico-sociale, la première étant réputée être plus technique et moins centrée sur l'individu que la seconde.

La validité de cette opposition est tout à fait discutable entre la MAPA et l'hôpital local qui, ayant la même activité que celle-ci sur ses 190 lits d'hébergement, a également développé cette culture médico-sociale. Par ailleurs il n'est pas possible de retenir cette hypothétique différence de culture comme une zone de risque pour l'intégration.

D'abord parce que la coopération depuis 1996 a permis une rencontre des deux établissements et un rapprochement des pratiques. Ensuite parce que la technicité (propre au secteur sanitaire) ne peut pas être exclue pour une prise en charge de personnes âgées de qualité.

Enfin, je retiendrai la proposition selon laquelle l'utilisateur est placé comme acteur au centre de sa prise en charge (principe du secteur médico-social) moins sur la base d'une culture particulière que sur le fondement d'un projet de vie individualisé écrit et validé par l'ensemble de l'équipe.

La question de la culture peut amener celle de l'identité dans la mesure où les deux notions sont souvent associées. Or « *l'identité d'une organisation (...) secrète un imaginaire collectif, c'est à dire une perception de l'imagination que partage l'ensemble de*

ses membres. (...) elle est à la base d'une sorte de contrat psychologique entre chaque individu et l'organisation qui définit la nature et la force de son identification à celle-ci. »⁹

Pour autant, il me semble difficile d'arguer de l'identité spécifique de la MAPA comme obstacle à l'enjeu de compatibilité des activités.

En effet, de quelle identité pourrait-on parler en l'absence de projet institutionnel écrit ?

Dans son livre intitulé « Qualité de vie des établissements d'hébergement pour personnes âgées », Gérard Brami évoque ces structures dans un des titres comme « des résidences en quête d'identité », le souci d'un seul bâtiment neuf et agréable ayant prévalu sur la prise en charge sociale de la personne âgée, et faute d'avoir basé l'action sur un projet d'établissement comme moteur de réflexion.

Enfin, s'il existait effectivement une identité propre, l'opération d'intégration ne vise-t-elle pas justement à la création d'une identité commune à l'ensemble du secteur hébergement de l'hôpital local, augmenté de 40 places supplémentaires ?

Ainsi, sur la question de la compatibilité des établissements en vue de l'intégration, les conclusions suivantes peuvent être tirées :

- il y a compatibilité sur le plan de l'activité et des missions
- s'il fallait retenir une différence de culture, elle serait moins liée au type d'établissement (médico-social ou sanitaire et social) qu'à leur taille.

En effet, la taille de l'organisation évoque la notion de qualité de vie des personnes âgées dans les petites unités.

2.1.2 L'enjeu de complémentarité ou de « capacité intégratrice ».

Les opérations de fusion présentent comme principal enjeu la recherche de synergies entre les deux établissements.

La synergie est définie par M.Crémadez *comme une mise en commun de ressources ou « surplus d'efficacité ou d'efficience, résultant de la mise en œuvre conjointe de deux ou plusieurs activités ou segments distincts. »*

⁹ M. Crémadez dans « Le management stratégique hospitalier »

Deux considérations sont à envisager dans la réflexion sur les complémentarités :

D'abord, la question des complémentarités correspond à celle des choix d'organisation pour l'intégration, et donc aux décisions de mise en œuvre de l'intégration.

Ensuite ces choix doivent être garants de la qualité de vie des résidents de la MAPA, ce qui suppose de savoir ce que recouvre cette notion de qualité.

A) complémentarités et choix organisationnels de l'intégration

Les éléments de complémentarité donnent tout leur sens à l'opération d'intégration, en plus de son inscription dans une politique de coopération nécessaire pour la qualité de la prise en charge.

Ces éléments sont issus de plusieurs démarches : l'analyse stratégique des établissements permettant de faire le choix stratégique de l'intégration, l'analyse des choix organisationnels pertinents au regard de contraintes économiques, de la performance du fonctionnement de l'organisation et de l'impact sur la qualité de vie des résidents de la maison de retraite.

- *Centralisation de la production des cuisines*
- *Centralisation du secrétariat : standard, admission, comptabilité, commandes*
- *Mise à disposition d'un temps des services techniques*
- *Mise à disposition d'un temps de la coordination de l'animation, du responsable qualité, de l'équipe médico- technique et de la psychologue de l'hôpital local.*
- *Utilisation généralisée à la MAPA de la pharmacie à usage intérieur*
- *Encadrement de l'équipe de la MAPA par un cadre infirmier, déjà responsable d'un des services d'hébergement de personnes âgées de l'Hôpital local.*
- *Mise en place d'un pool de remplacement commun des équipes soignantes*

La majorité de ces choix organisationnels ont un impact très positif sur la qualité de prise en charge des résidents, puisqu'ils correspondent aux avantages de ce type d'opération : mise à disposition de toute l'infrastructure logistique de l'hôpital local, renforcement et multiplication des compétences de l'équipe.

Cependant, certains de ces choix organisationnels ont un sens particulier aux yeux des résidents de la MAPA, attachés au caractère familial du fonctionnement de

l'établissement : la centralisation des cuisines et du secrétariat et surtout la mobilité des postes correspondants.

S'il existera inévitablement des changements dans certains aspects de la vie des résidents à la MAPA, ne seraient-ce que ceux relatifs à la présence de la cuisinière et de la secrétaire, toute la question est de savoir si cela représente également des changements de la qualité de vie des résidents.

Ces choix supposent également une préparation particulière pour garantir le fonctionnement de l'organisation à la date d'effet de l'intégration.

De façon synthétique, les éléments à considérer pour le directeur sur les choix relatifs aux cuisines et au secrétariat sont les suivants :

	CUISINE	ADMINISTRATION
Avantages ou arguments pour la centralisation	<p>Economie du poste de cuisinière permettant un renforcement de l'équipe soignante</p> <p>Garantie de la sécurité alimentaire par une production dans les locaux de l'hôpital avec des procédures d'hygiène</p> <p>Egalité de prestations pour tous les résidents de la nouvelle entité juridique : cuisine centralisée sur le nouveau site du SIH</p> <p>Réorganisation de toute la restauration</p> <p>Maintien d'une cuisine relais pour les repas de fête</p>	<p>Economie du poste d'agent administratif permettant un renforcement de l'équipe soignante</p> <p>Savoir-faire de services spécialisés de l'hôpital dans un contexte de réformes successives</p> <p>Egalité de prestations pour tous les résidents de la nouvelle entité juridique : aucun service d'hébergement ne dispose d'un accueil sur place</p> <p>Réorganisation de toute l'administration</p> <p>Accueil physique par le cadre infirmier</p>
Points d'attention sur cette centralisation	<p><u>Gestion des ressources humaines</u> Mobilité du poste de cuisinière et passage d'un poste unique à un travail en équipe, diminution du champ des responsabilités</p> <p><u>Vie des résidents</u> caractère convivial d'une présence sur place de la cuisinière</p> <p><u>Organisation due à la distance :</u> transports quotidiens, matériel adapté</p>	<p>Mobilité du poste d'agent administratif passage d'un poste unique à un travail en équipe, diminution du champ des responsabilités</p> <p>présence permanente à l'entrée comme repère des résidents</p> <p>Organisation due à la distance : accueil des familles, courrier résidents</p>

B) Des choix organisationnels garants de la qualité de vie

Cette qualité est définie par Gérard Brami dans son livre évoqué ci-dessus. Il émet la proposition selon laquelle l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doit privilégier, pour assurer cette qualité, l'accueil, l'hôtellerie et

le confort en général. Cependant ses développements vont dans le sens d'une définition plus large qui comprend un aspect technique en plus de l'aspect de confort ou bien-être évoqué.

Cette qualité de vie revêt en effet selon lui plusieurs aspects :

- qualité médicale et paramédicale* : présence médicale et soignante, dossier de soins
- qualité architecturale et hôtelière* : espaces de vie
- qualité humaine* : formation, qualification, nouveaux intervenants comme l'ergothérapeute, la psychologue, mais aussi le conseiller hôtelier, professionnel de l'hôtellerie se situant à l'opposé de la dimension des soins, et un chargé de communication sur le savoir-faire de l'établissement (impact sur la motivation du personnel)

Sa conception correspond à celle de l'annexe à l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges du contenu des conventions tripartites pluriannuelles. Ces recommandations sont valables pour les maisons de retraite mais aussi pour la partie des activités médico-sociales des hôpitaux locaux : la circulaire précitée sur les missions des hôpitaux locaux évoque, dans une sous partie intitulée « hébergement et qualité de vie » des « activités médico-sociales », l'arrêté de 1999 et l'auto évaluation ANGELIQUE dans le cadre de la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Dans ce texte les éléments de qualité évoqués sont la qualité de prise en charge des personnes âgées dans son ensemble, la qualité de vie et « la qualité d'ensemble de la vie sociale ». Selon ces recommandations la qualité de vie des résidents est assurée par les espaces de vie, le maintien des repères sur lesquels se fondent l'identité et le maintien de relations sociales.

La qualité de prise en charge dans son ensemble correspond à :

- la qualité de vie telle que définie ci-dessus
- la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents
- la qualité des personnels exerçant dans l'établissement : formation, soutien psychologique, médecin coordonnateur
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique

En conclusion, la qualité recherchée pour les EHPAD, c'est-à-dire l'hôpital local comme la MAPA après signature de la convention tripartite, est une qualité de vie et une qualité

technique de prise en charge. La première suppose la définition d'un projet de vie, avec l'appui et le suivi d'un psychologue, la seconde une qualification et pluridisciplinarité du personnel.

Si l'on peut encore dire que « *la principale richesse de la maison de retraite est constituée des salariés, la technologie restant alors secondaire* », ces personnels doivent permettre une qualité technique par leurs compétences.

Cela nous amène donc à valider le choix de centraliser la restauration et l'administration, choix qu'il convient donc d'afficher clairement dans le management interne.

La mobilité des personnes qui étaient connues des résidents représentent donc un changement mais n'altèrent en rien leur qualité de vie, sous réserve d'une attention particulière portée à l'organisation des fonctions de restauration et d'administration.

2.2 Les enjeux de l'intégration relatifs aux personnels ou à la qualité du management.

L'intégration présente des enjeux relatifs au management interne par le changement qu'elle représente pour l'équipe de la MAPA.

Le changement est défini comme la modification, transformation de quelque chose, le passage d'un état à un autre. C'est aussi une rupture de rythme, tout ce qui rompt les habitudes et bouleverse l'ordre établi.

A ce titre, il faut considérer que le changement vécu par le personnel sera tant l'intégration elle-même que la démarche qualité sur laquelle elle s'appuie.

Pour un management adapté à l'opération d'intégration, le directeur doit donc trouver les réponses ou facteurs clefs de succès correspondant aux risques qu'il aura identifiés.

2.2.1 Les zones de risque liées au changement.

Les risques à identifier sont de deux ordres : les risques inhérents à tout changement, intégration ou démarche qualité, et les risques spécifiques à la MAPA et l'hôpital local.

A) La résistance au changement, risque inhérent à l'opération.

La résistance au changement se définit comme *l'expression implicite ou explicite de réactions négatives à l'endroit d'une intention de changement.*

Les sources de résistance peuvent être de trois ordres :

-les résistances liées à la personnalité : sentiment d'appartenance, impression que leur propre personne est discréditée à travers le projet, résistances avant tout humaines

-les résistances liées au système social : conformité aux normes (application des normes qui devient une fin en soi au point de produire une grande rigidité), cohérence d'un système, intérêt des droits acquis, caractère sacralisé de certaines choses (tabous, rituels), rejet de ce qui est étranger.

-résistances liées au mode d'implantation du changement : respect des personnes et compétences, temps et moyens fournis pour intégrer le changement, crédibilité du pilotage.¹⁰

D'après «Le management stratégique hospitalier », de Crémadez, le phénomène de résistance au changement est inévitable, surtout lorsqu'il s'agit d'une logique de changement rationnel. Dans cette logique en effet, les principes et modalités du changement résultent de la stratégie et de la décision du directeur, le personnel n'intervenant que pour l'application de ce changement.

Le personnel est désigné comme objet du changement, et ne peut à ce titre que l'accepter ou le refuser en bloc.

Pour Michel Crozier dans «L'acteur et le système », ce modèle doit tenir compte des données sur la sociologie et le fonctionnement des organisations :

« Les membres d'une organisation ne sont pas, en effet, attachés de façon passive et bornée à leur routine ».

Ces membres, considérés comme acteurs de leur situation de travail sont favorables au changement si celui-ci sert leur intérêt, et accordent aux habitudes moins d'importance qu'on ne le croit

Enfin, ils font nécessairement une appréciation des risques inhérents au changement sur plusieurs plans : la mise en question du jeu de pouvoirs, la modification des zones d'incertitudes contrôlées, la menace sur l'autonomie.

Ainsi la résistance au changement ne correspond pas principalement à un manque d'adhésion du personnel aux objectifs ou à la réforme, mais à un attachement à la marge d'autonomie dont dispose chacun, nécessairement remise en cause par la part de rationalisation et de mise à plat des rôles de chacun inhérent à tout changement.

L'auteur en conclut ainsi que : « *De toute façon, qu'il y ait ou non opposition, l'action inconsciente de subordonnés même bien intentionnés, cherchant seulement à maintenir leur autonomie, est suffisante pour fausser complètement l'esprit d'une réforme.* »

Cette analyse m'amène à retenir le changement organisationnel fondé sur un management stratégique, définis plus loin.

¹⁰ -ERTEL F. « L'Infirmière Générale et le management stratégique de l'après fusion », mémoire de l'ENSP- IG 2001 citant « le phénomène et la gestion de la résistance au changement » P.Collerette

La notion de résistance liée au mode d'implantation du changement conduit à l'adoption d'une méthode adaptée : la conduite et gestion de projet.

- B) La motivation de l'équipe et la mobilité de deux postes : risques particuliers à la MAPA.

La mobilité géographique de deux postes

Dans ce projet d'intégration, il n'y a pas eu de résistance au changement sous les diverses formes qu'il peut revêtir et les différentes façons dont on peut l'exprimer : douter de l'utilité du changement, appréhender l'instabilité encourue, pressentir les efforts inutiles, douter de la capacité d'amélioration de la situation actuelle, penser que le changement n'est qu'un alibi. (Pierre Louis)

La raison avancée peut être la progressivité du changement pour la maison de retraite et l'existence de liens préalables dans l'histoire de la coopération entre les établissements.

Il n'y a pas de réelle peur de l'inconnu exprimée dans le changement en cause pour l'ensemble de l'équipe.

Deux situations particulières sont à prendre en compte : le changement de poste de la cuisinière et de l'agent administratif.

Ces changements de poste sont une illustration vivante de la perte d'autonomie liée au changement : transformation de postes uniques et polyvalents constituant des services à eux seuls en postes intégrés à des équipes préexistantes.

Les résistances en ce domaine ne peuvent avoir de fondement juridique sur la base du statut de la fonction publique hospitalière puisque les agents sont titulaires et ont la garantie de leurs emplois (respectivement ouvrier professionnel qualifié et agent administratif hospitalier) mais non de leur poste (sur le site de Nueil sur Layon).

Les résistances se sont manifestées sous la forme de recherche de solution intermédiaire : proposition des agents concernés de maintien du poste sur place malgré les modifications dues à la centralisation des services.

L'agent administratif assurerait les fonctions d'un « relais accueil » en lien avec les services d'admission, la cadre infirmier et les résidents.

La cuisinière proposait d'assurer les tâches hôtelières en lien avec la fonction restauration : service à table, réception des repas et installation des chariots.

Une autre forme de résistance a pu être observée : la négation d'une communication et information faite sur le devenir du poste et le positionnement pris d'attente de proposition de la direction » sur ce point.

On peut évoquer également la recherche d'une mutation éventuelle ou la propagation d'une inquiétude ou d'un scepticisme auprès de l'équipe et des résidents sur ces choix organisationnels.

La motivation de l'équipe entière

Cependant, il semble que, pour l'équipe dans son ensemble comme pour ces deux postes en particulier (pour des questions de perte de l'autonomie et de la polyvalence), ce soit surtout l'enjeu de motivation en cause dans ce changement.

La motivation du personnel dans le travail est une donnée particulière de l'équipe de la maison de retraite, caractéristique comme nous l'avons vu des établissements de petite taille.

Or cette motivation peut être mise en cause par la disparition de l'entité juridique de la MAPA pour une intégration dans un établissement tiers, de nature sanitaire et de plus grande taille. Crémadez exprime ce fait dans la notion de « rupture du contrat psychologique » entre le personnel et l'organisation.

Cette motivation est également atteinte par l'impression de dévalorisation du travail auprès des résidents : l'opération d'intégration serait la sanction d'une prise en charge non satisfaisante et apporte une réponse au manque de qualification du personnel.

En effet, nous avons vu que le manque de qualification était un point faible de la MAPA, point que s'est engagé à améliorer l'hôpital local.

Malgré les précautions dans les communications sur ce point, par la reconnaissance de l'expérience de terrain et le rappel de l'augmentation de la dépendance des résidents nécessitant une qualification particulière, les engagements sur la qualification du personnel peuvent être mal interprétés et atteindre la motivation de chacun.

Ces considérations particulières confirment la nécessité d'un accompagnement social de ces changements, sous l'angle des deux postes en question et de la motivation de l'équipe, en se basant sur les fondements de celle-ci.

2.2.2 Le management pour la conduite du changement

- A) Réponse aux risques inhérents au changement
 - a) *management stratégique et changement organisationnel*

La conduite du changement pour l'instauration du management stratégique

Les conceptions de l'organisation issues de Crozier conduisent au choix du management stratégique.

Seul ce type de management permettrait en effet d'exploiter le « potentiel énergétique de l'organisation », c'est à dire l'ensemble des besoins de réalisation personnelle des individus qui la composent.

Les principes guidant ce management sont de trois ordres :

- réconcilier la rationalité du changement et le besoin d'autonomie des individus en fixant des objectifs pour une rationalité collective
- réduire le jeu manipulatoire en mettant l'accent sur des processus d'action réflexion
- appliquer des orientations issues de la base, en ne dissociant pas stratégie et mise en œuvre du changement.

La définition suivante a été proposée pour le management stratégique :¹¹

La stratégie est l'ensemble des choix qui orientent l'institution.

Le management est le fait d'organiser, contrôler toutes les activités nécessaires à la gestion tout en sachant adapter les méthodes et gestion à l'organisation et prendre en compte la spécificité des hommes et femmes qu'il faut mobiliser, entraîner, contrôler.

Le management stratégique est donc l'art d'employer des méthodes qui puissent aider le directeur à effectuer des choix qui orientent sa politique générale. C'est un «art du management » dans la prise en compte de la double spécificité de l'organisation d'une part, de chacun des individus d'autre part.

¹¹ -FARVACQUE S., « La fusion de deux maisons de retraite : démarche de projet et management stratégique », mémoire de l'ENSP- DESS 1998

D'après Michel Crémadez, l'utilisation de ce type de management vise à provoquer des changements radicaux dans les comportements : il existe donc un lien fort entre management stratégique et conduite du changement, le second élément se plaçant ainsi au service du premier dans cette première partie de l'analyse.

Le management stratégique pour un changement organisationnel

Le management stratégique se met au service d'un changement organisationnel, seul mode pertinent de changement d'après les données sur la sociologie des organisations et la résistance au changement. Il permet en effet de mettre en œuvre les principes d'action suivants :

-« *les objectifs sont au centre des préoccupations* » : ce type de management est basé sur la formulation d'objectifs par le plus grand nombre possible d'acteurs

-« *le processus l'emporte sur le modèle* » : le but initial du management stratégique est d'engager les acteurs dans un processus de réflexion permettant d'expliquer le pourquoi de l'action (processus, pédagogie, ouverture sur l'environnement) avant d'en évoquer le comment (modèle, absence de vision globale a priori)

-« *l'organisation est le produit des orientations* » : les orientations sur l'organisation sont ouvertes à tous les acteurs et non au détenteur officiel du pouvoir d'orientation

-« *les orientations sont issues de la base* » : elles révèlent donc les motivations des individus qui échapperaient à une définition centralisée de la stratégie, or nous avons vu que le management stratégique reconnaissait le caractère indissociable de la réussite personnelle des individus et de celle de l'organisation dans son ensemble.

D'autres principes d'actions sont mis en avant pour la réussite du changement, considérant l'importance de sa première phase :

-le pourquoi du changement étant un terrain difficile (il est toujours susceptible de comporter des opposants) il faut engager les acteurs sur le comment, par un engagement dans l'action, en leur montrant qu'ils en garderont le contrôle.

-pour convaincre les sceptiques par des faits concrets, il faut organiser le lancement de l'opération de manière à obtenir rapidement des résultats : première action rapidement réalisable.

Cette recommandation pour la réussite du changement liée à ses modalités d'implantation correspond à une autre étape de l'analyse qu'est l'importance de la conduite de projet.

b) La conduite de projet et le pilotage de l'action.

Les éléments de référence pour cet outil de la conduite du changement et de la démarche qualité se trouvent dans les théories de gestion de projet et de réunion, de management de la qualité et dans un document particulier :

« Le Guide d'accompagnement pour améliorer la qualité en EHPAD » selon la grille ANGELIQUE et réalisé par les mêmes auteurs : mission MARTHE par délégation du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Les principes de la conduite de projet invitent à mettre en place pour le pilotage un responsable de projet, un comité de pilotage garant de la cohérence du projet par rapport aux objectifs qu'il a fixés et un facilitateur pour le support méthodologique aux étapes du projet. Un groupe projet a un rôle de proposition en déclinant les étapes fixées pour atteindre l'objectif.

Le rôle du directeur est alors à la fois d'être à l'origine du projet, garant de la cohérence des propositions du groupe projet par rapport aux objectifs et représentant l'instance décisionnelle (apporte notamment les décisions nécessaires pour l'avancement du projet), et parfois même animateur du groupe projet.

Une communication doit être réalisée lors du lancement du projet et le lien avec les autres projets doit être précisé pour la compréhension de la cohérence d'ensemble.

Une gestion de projet permet de réaliser le suivi selon des modalités qui auront été préalablement définies.

Ainsi, pour garantir une rigueur et une crédibilité dans la mise en œuvre du changement, des fiches projet doivent servir de support aux temps de participation du personnel aux différents projets : éléments de préparation de l'intégration, mise en place de la démarche qualité, actions d'amélioration de la qualité.

Le plan serait le suivant :

<p style="text-align: center;"><u>Nom du projet</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Origine du projet</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Objectifs généraux</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Etapas ou objectifs opérationnels</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Acteurs concernés</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Modalités de suivi</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Evaluation</u></p>
--

Pour permettre le suivi de chaque projet, certaines règles sont à respecter lors de la conduite des réunions des groupes projet ou groupes de travail formulant des propositions : chaque réunion sera exploitée de façon rigoureuse à l'aide d'une synthèse ou d'un compte-rendu comprenant la nature de l'objet de la réunion, l'état du thème (terminé, en cours, points restants à étudier), le plan d'actions (actions à entreprendre), la date et l'objectif de la prochaine réunion.

La rigueur de l'exploitation de la réunion n'est possible que si la conduite de celle-ci s'est basée sur une méthode d'animation, par exemple la méthode « PEGASUS » :

-Présenter les objectifs

- Expliquer la tâche
- Gagner les participants aux objectifs
- Activer l'acuité sensorielle

-Synthétiser chaque décision importante

- Utiliser la chasse aux digressions
- Synthétiser l'étape suivante

B) La réponse aux risques particuliers à ce changement.

Le mode de management à retenir pour la conduite du changement ou plus précisément les redéploiements est exposé par Y.Lamy dans « Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux ».

Je partirai de l'hypothèse que les grandes idées de l'accompagnement social sont comparables pour une intégration, une opération de redéploiement ou de modernisation. Les propositions d'actions concrètes seront donc retenues en fonction de leur adéquation avec la nature de l'opération en cause.

Cette précision étant faite, les idées forces à mettre en œuvre seraient les suivantes :

-finaliser, planifier, anticiper : voir large, prendre le temps

-rassurer, animer : considérer les personnes dans leurs craintes, leurs difficultés, leurs aspirations, leurs atouts.

-communiquer, échanger, gérer : créer la clarté par l'information, les échanges, la communication et assumer ses choix et décisions.

Ces idées forces se traduisent par des actions concrètes, notamment pour les deux personnes voyant leur poste modifié :

a) L'accompagnement social pour les deux postes

Les recommandations de cet ouvrage applicables sont les suivantes :

- Adoption d'un mode personnalisé de communication, en priorité pour les agents ayant reçu une nouvelle affectation.
- Explicitation régulière de l'opération et des objectifs poursuivis
- Engagement de l'encadrement (de proximité) à la définition de la nouvelle organisation
- Organisations d'entretiens individualisés avec tous les agents susceptibles d'être concernés pour affiner la connaissance du potentiel (dans l'organisation future), connaître leur position, recueillir leurs vœux.
- Mise en place ou continuation d'actions de formation de portée générale destinées à faciliter les changements à venir, définition d'itinéraires individualisés de formation pour l'adaptation au nouveau poste.
- Mise en place de formules d'accueil et d'intégration

Une partie du manuel « Développement des ressources humaines » (O.Derenne, A.Lucas) traite de la Gestion des Ressources Humaines dans les opérations de modernisation, et en particulier de l'enjeu de la prise en considération de la personne. Cet enjeu comprend deux aspects : le respect des temps et le respect de la personne.

Le respect des temps :

-reconnaissance du passé (période de deuil du passé où l'on parle par exemple de l'histoire de l'établissement) appropriation de l'avenir (appréhension du futur : pourquoi de l'évolution, affirmation du caractère inéluctable de l'avenir pour éviter de provoquer des espoirs de rester en l'état).

-projection individuelle dans un avenir réaliste : diffusion d'expériences réussies

-présence aux côtés des personnes : convaincre sur l'avenir par la disponibilité dans le temps présent (rôle du cadre de proximité)

Le respect des personnes :

-garantie de confidentialité

-solidarité

-équité

b) *L'accompagnement social pour la motivation de l'équipe.*

La motivation et l'attachement à la structure ont un sens particulier dans les établissements de petite taille au point d'en faire un élément de la culture.

L'enjeu de l'intégration sera donc que, au delà de toute opposition du personnel, celui-ci garde sa motivation vis à vis de la nouvelle structure.

Un article de la revue Objectifs soins (mai 2003, n° 116) écrit par J.Meckling, traite « De la motivation des soignants » :

« La motivation au travail ne peut se résumer à un seul aspect de la personnalité, ni être considérée comme étant simplement la conséquence d'une bonne organisation ou d'un management adéquat. Elle est le résultat de la mise en relation d'un individu (avec une personnalité, des besoins, un système de valeurs) et d'une organisation (avec ses contraintes économiques, technologiques et culturelles). (...) La motivation serait liée à la reconnaissance que l'on retire de notre travail, et à la capacité d'anticiper nos actes (projets). »

Selon l'auteur de l'article, les bases de la motivation du personnel sont donc liées à l'existence de projets et à la reconnaissance du travail. On remarque alors que ce deuxième élément est bien cause dans l'équipe qui se sent dévalorisée et non reconnue par l'évocation de la qualification de l'équipe, comme cause de l'opération et changement à venir.

Il faut donc s'attacher à garantir la motivation du personnel par la reconnaissance du travail. Or cette reconnaissance n'a évidemment de sens que si elle est complétée effectivement par une démarche de recherche de la qualité, pour qu'il y ait interaction entre recherche d'amélioration de la prestation et reconnaissance interne et externe de celle-ci.

Ainsi, le rôle du cadre est encore important pour cette phase : la cadre devra avoir cette « posture mentale » dans son appréciation des situations, la difficulté étant de devoir connaître avec précision le travail effectué par les membres de son équipe afin de pouvoir reconnaître ce travail.

Cette « posture » s'exprimera dans diverses orientations :

- reconnaître la valeur des personnes
- être capable de diagnostiquer les situations (sur la base de faits)
- donner du sens aux actions entreprises, et les relier entre elles
- donner aux professionnels des tâches et missions qui leur permettent d'actualiser leurs potentialités, techniques, réflexives ou organisationnelles
- déléguer et responsabiliser

L'autre fondement de la motivation des soignants selon l'auteur est l'inscription de leur action dans le cadre d'un projet. Ce projet, qui ne correspond pas nécessairement aux projets obligatoires tels qu le projet de soins mais à une simple anticipation organisée de l'avenir, sera motivant selon A.E Locke s'il répond aux conditions suivantes :

- spécificité ou précision de la cible de l'action à entreprendre
- définition du but par un processus participatif
- information donnée aux individus sur leur performance au cours de leur travail, ce qui rejoint le fait que le projet, pour se définir, doit passer par une nécessaire analyse de la situation présente.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE :

L'analyse des enjeux de l'intégration permet la formulation de propositions pour la stratégie de mise en œuvre.

L'analyse relative au personnel conduit à un certain mode de management, le management stratégique, et à la nécessité d'un accompagnement de l'opération.

Ces deux éléments vont dans le sens d'une démarche participative des acteurs tout au long de la démarche, que ce soit de façon collective ou individuelle.

Le dernier élément de l'analyse relative au personnel est l'élément fondamental de la motivation.

La motivation du personnel sera basée sur la reconnaissance du travail, reconnaissance intrinsèquement liée à une recherche de légitimité de celle-ci par une démarche d'amélioration de la qualité des prestations.

En effet l'analyse de l'intégration de la maison de retraite au plan de la prise en charge des personnes âgées confirme la nécessité de baser les choix organisationnels sur une recherche d'amélioration de la qualité de vie des résidents, selon une définition commune aux secteurs médico-sociaux et sanitaires et sociaux posée dans le cadre de la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

La recherche de cette qualité de vie doit donc passer par une démarche d'auto-évaluation sur la base de la grille ANGELIQUE dans les deux établissements.

Cette étape constitue une étape de la démarche qualité, en l'occurrence la première pour la maison de retraite, démarche qui répond précisément aux enjeux de l'analyse réalisée dans cette deuxième partie :

- amélioration de la qualité de vie des résidents, comme enjeu majeur de l'intégration et base de la reconnaissance du travail

- inscription dans une démarche de changement des pratiques parallèlement au changement lié à l'intégration : la première peut donc servir de levier pour la seconde, les deux démarches devant s'appuyer sur des orientations stratégiques issues de l'équipe

- enfin lancement d'une démarche ayant vocation à faire apparaître, sous la forme d'un plan d'actions, toute une série de projets répondant par définition aux conditions pour susciter la motivation de chacun : but ciblé, démarche participative, avec recul sur l'existant.

3 TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE D'INTEGRATION

Je concevrai la mise en œuvre de l'intégration de la MAPA en fonction des éléments d'analyse ayant confirmé l'importance de la démarche qualité et du management, à la fois enjeux et leviers de la démarche.

En effet, le cheminement jusqu'à cette partie relative à l'application de la stratégie peut être retracé de la façon suivante :

➤ hypothèses Baser la stratégie de l'intégration sur :	➤ analyse	➤ recommandations
L'amélioration de la qualité	Pas d'incompatibilité relative à la qualité de la prise en charge : définition de la qualité EHPAD démarche qualité unique aspects technique et « humain » de la qualité de vie du résident	Auto-évaluation avec la grille ANGELIQUE Intégration démarche qualité livret d'accueil et projet de vie augmenter qualification du personnel et apport de la pluridisciplinarité
Le management interne	Accompagnement social pour mobilité postes et motivation générale Conduite du changement avec participation du personnel, crédibilité pilotage (conduite projet), et lancement pertinent.	Réunions d'équipe aux étapes clefs Entretiens individuels Groupes de travail Fiches projet et classeur Outil pilotage général du directeur Calendrier d'actions de l'équipe

Au vu des développements ci-dessus, la mise en œuvre de l'intégration se fera par le biais de l'auto-évaluation ANGELIQUE (A) et une conduite du changement appropriée (B).

Le renforcement de la qualification du personnel de la MAPA intervient à la croisée de ces deux propositions, cet outil managérial étant un élément incontournable de la qualité de prise en charge des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Une synthèse des actions assorties d'un calendrier permettra de visualiser clairement en conclusion les propositions émises dans les développements.

3.1 La démarche qualité, levier de l'intégration

La mise en place de la démarche qualité dans la maison de retraite par la réalisation de l'auto-évaluation ANGELIQUE se déroule après que l'hôpital ait mis en place une démarche qualité et toute son organisation, et qu'il ait récemment procédé à la même évaluation.

L'auto-évaluation s'inscrit dans la dynamique de l'intégration en tant que préalable à la démarche qualité, et confirmation des complémentarités possibles et harmonisations nécessaires dégagées dans l'analyse.

3.1.1 L'auto-évaluation, départ de la démarche qualité

L'autoévaluation ANGELIQUE s'inscrit dans le contexte de la réforme de la tarification des EHPAD, elle constitue à la fois l'outil et la proposition de méthode de la démarche d'auto-évaluation. Il faudra donc présenter l'outil et proposer la méthode pour conclure au fait qu'en dépit de l'utilisation d'un outil commun, la méthode ne peut être la même en raison du contexte propre à chaque établissement.

A) L'opportunité de la grille ANGELIQUE comme outil commun d'évaluation

a) *L'opportunité de l'utilisation de la grille ANGELIQUE¹²* .

Malgré le choix laissé sur l'outil d'évaluation, la grille ANGELIQUE apparaît comme l'outil officiel pour procéder à cette étape de la signature de la convention tripartite dans le cadre de la réforme de la tarification, dont l'enjeu est une allocation de moyens.

¹² Référentiel ANGELIQUE : Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements

Mission MARTHE du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Cet outil est en effet le seul diffusé par le ministère, et semble être le référentiel majoritaire de part son vaste champ d'application potentiel, dépassant celui des autres référentiels existants par sa vision plus globale de la qualité de l'hébergement des personnes âgées.

En effet les thèmes évoqués sont relatifs à l'attente et satisfaction des résidents et des familles, aux réponses apportés aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins, à l'établissement et son environnement, à la démarche qualité.

Cependant ce référentiel fut critiqué dans un article du mensuel des maisons de retraite intitulé « Faut-il un guide d'auto-évaluation unique ? » :

- pour certains, ce guide a le défaut d'être issu de l'administration, qui se trouvera alors à la fois juge et partie sur les questions de qualité et non par une institution indépendante comme l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
- pour d'autres ce guide fait la part belle au domaine des soins au détriment d'éléments sur l'avis des familles et résidents et des aspects sur l'hôtellerie ou la vie sociale, et serait trop rigide dans sa multiplication des procédures écrites liées à la fonction soins
- la formulation des questions n'est pas toujours explicite, particulièrement quand il y a plusieurs questions en une seule.

b) L'opportunité d'un outil commun aux deux établissements

L'auto-évaluation utilisée avec un même outil a permis de jouer sur un élément psychologique important pour la MAPA : le complexe d'infériorité du petit établissement par rapport au grand, alimenté par la relation d'assistance humaine et technique entre les établissements depuis leur coopération et par la dimension de « sauvetage » de la MAPA pouvant apparaître dans l'intégration vu les enjeux sur sa pérennité.

A la lecture du tableau suivant, on peut noter que le croisement des points forts et des points faibles de chacun permet d'aborder concrètement l'aspect de complémentarité et de richesse des opérations de coopération vu dans l'analyse :

	MAPA	Hôpital local
Points forts	Animation par l'équipe : autonomie Participation et expression des résidents Relation avec les bénévoles	Aides et soins spécifiques : qualification, équipe médico technique Animation, dont ateliers thérapeutiques Organisation du travail : hygiène, respect du rythme de vie de chacun Projets et démarche qualité
Points faibles	Absence d'ateliers thérapeutiques Aides et soins spécifiques Organisation du travail : nombre de toilettes, hygiène des locaux Projets et démarche qualité	Participation et expression des résidents : restauration Autonomie des équipes dans les animations
Axes d'amélioration communs	Conseil de la vie sociale Accueil résident : livret d'accueil Recueil satisfaction Adaptation des locaux à la dépendance et accessibilité ; rénovation	

L'hôpital a comme atouts des éléments qui font défaut à la MAPA concernant la prise en charge des personnes âgées avec détérioration intellectuelle (ateliers thérapeutiques) et dépendantes (aides et soins spécifiques) par la qualification et la formation du personnel. La même remarque peut être faite en ce qui concerne l'organisation du travail.

Réciproquement, la MAPA présente un bon élément de fonctionnement qui n'existe pas à l'hôpital : la participation des résidents à des instances, Conseil d'administration et Commission restauration.

Ces axes de complémentarité ont déjà été évoqués plus haut et on peut préciser que certains ont déjà été mis en œuvre dans le cadre de la préparation de l'opération : apport du savoir faire du cadre infirmier pour l'organisation du travail à la MAPA ou décision de l'hôpital de créer une instance permettant l'expression des résidents sur la restauration, en présence des représentants des cuisines.

En revanche d'autres éléments ne pourront être transposables tels quels : l'autonomie et l'investissement de l'équipe de la MAPA dans le programme d'animation, ou l'organisation du travail performante de l'hôpital qui suppose de partir des besoins des résidents.

B) La nécessité d'une méthodologie spécifique à chacun

a) *Une méthodologie adaptée au contexte*

Si l'outil d'évaluation est commun et que certains éléments de méthodologie sont obligatoires selon le Guide d'accompagnement pour l'auto-évaluation, j'ai procédé de manière nécessairement différente en fonction des éléments propres à chacun : la taille, le contexte, l'existence préalable d'une démarche qualité.

Pour réaliser le document interne de relatif à l'auto-évaluation dans la MAPA, j'ai pu relever les éléments ayant de fait un impact sur mes choix méthodologiques :

-la taille : le recueil des informations n'est pas le même, le temps de mobilisation du personnel est plus réduit dans la maison de retraite, nombre de services à analyser limité (pas de service technique, un seul service d'hébergement)

-la démarche qualité préexistante : lorsque la démarche est déjà lancée, le personnel est familiarisé avec les démarches de projet et les objectifs, l'analyse de l'existant a déjà été réalisée (sur la base du référentiel d'accréditation pour l'hôpital local)

-l'existence préalable ou non de projet d'établissement : pour l'hôpital local, l'existence préalable de projet de vie et de projet de soins (datant de 2000) et d'une démarche qualité comme soutien de leur mise en œuvre font que l'auto-évaluation ANGELIQUE constitue une forme d'évaluation de la réalisation de ces projets.

A l'inverse de l'hôpital local, la MAPA ne disposant pas de tels projets préexistants, j'ai basé leur réalisation sur la même auto-évaluation ANGELIQUE, puisqu'elle traite des thèmes correspondant à ceux-ci comme les droits et libertés, la restauration, les aides et soins spécifiques, et qu'elle constitue l'état des lieux précédant tout projet.

L'impact sur le déroulement de l'évaluation se traduit dans toutes les étapes prévues pour celui-ci. Les étapes énoncées dans les documents de méthodologie étaient les mêmes, soit parce qu'il s'agit d'étapes obligatoires, soit dans un souci d'harmonisation des deux démarches que nous avons menées sur les deux établissements.

Cette comparaison peut être présentée par le tableau suivant :

étapes	Hôpital local	MAPA
Présentation de la démarche	Réunion spécifique : lien avec l'accréditation et la démarche qualité Public : groupe travail ANGELIQUE	Réunion spécifique : lien avec la préparation de l'intégration et la réalisation d'un projet de vie Public : équipe entière
Groupe de travail	Groupe de travail spécifique pluridisciplinaire et représentant tous les services d'hébergement	Pas de constitution d'un groupe de travail spécifique, la cuisinière, l'infirmière et la secrétaire répondent individuellement sur les domaines les concernant
<i>Préparation de l'évaluation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisation du travail réalisé lors de l'analyse du référentiel ANAES (grille remplie) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ la cuisinière, l'infirmière et la secrétaire répondent d'abord pour les thèmes les concernant
<i>Point de méthodologie particulier</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réponse sur le plan des points de la charte des droits et libertés, et sur la base d'un circuit sur la restauration et les locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lien fait avec les réponses de l'hôpital local et la future intégration (impact de la centralisation des services)
<i>Animation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Représentant de la direction et responsable qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Représentant de la direction et cadre infirmier
<i>Temps de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pendant un mois dans le cadre de réunions du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pendant un mois dans le cadre des temps de transmission
Hiérarchisation des points à améliorer	Selon un outil de hiérarchisation basé sur des critères de fréquence, gravité	
Calendrier d'actions	Séparation des actions réalisables sans financement direct et des actions dépendantes de financement : locaux, équipements, personnel (recrutement et formation)	
<i>Actions sans financement</i>	Plan d'actions sur deux ans commençant immédiatement et débutant par un thème important : l'accueil	Plan d'action sur deux ans commençant après les actions nécessaires pour la préparation de l'intégration, à part deux actions à traiter à très brève échéance : procédure décès et circuit d'évacuation des déchets
<i>Avec financement</i>	Calendrier aligné sur celui du schéma directeur concernant les locaux, sauf des actions palliatives à la mise en œuvre (non liées à des reconstructions)	Calendrier constituant un schéma directeur pour la MAPA, doit s'intégrer dans celui de l'hôpital local
Communication et diffusion	Réunions de présentation dans les services par les animateurs et un membre du groupe issu du service Remise document de synthèse	Réunion de présentation des résultats de l'évaluation Constitution d'un classeur retraçant l'ensemble de la démarche
Mise en œuvre du plan d'actions	Constitution d'un groupe de travail animé par le responsable qualité pour la première action d'amélioration : procédure d'accueil et livret d'accueil	Mise en œuvre du plan d'actions par l'équipe entière dans le cadre du fonctionnement quotidien avec l'appui méthodologique du cadre et responsable qualité

b) *Une première évaluation commune*

La réalisation de l'auto-évaluation dans deux structures différentes permet de dégager une première évaluation commune.

La première remarque sur le déroulement de l'auto-évaluation concerne le rôle que j'ai eu pendant l'animation des groupes de travail. La conduite de la réunion doit permettre de rappeler les objectifs (bilan pour s'améliorer progressivement), faire ressortir les points forts et les valoriser, motiver les équipes, et présenter les résultats.¹³

La seconde remarque concerne la formulation des objectifs à atteindre pour s'améliorer.

Les objectifs devant être assortis d'un calendrier, nous en avons déduit la nécessité d'une explication sur la différence entre les actions directement dépendantes de financements (réalisées à l'obtention de moyens par la convention ou à défaut dans le cadre d'un plan de financement pluriannuel) et les actions réalisables par l'équipe comme l'écriture d'une procédure ou d'un document obligatoire.

Cette distinction s'est révélée pertinente pour l'élaboration d'un plan d'actions dans le cadre d'une démarche participative du personnel. Elle a supposé un rappel des liens entre la démarche qualité et le projet institutionnel, c'est-à-dire le contexte propre à chaque établissement au niveau des projets et plans de financement existants.

Finalement, au point de vue de la méthodologie de l'auto-évaluation, la difficulté que j'ai identifiée consistait moins dans la recherche de réponses à un grand nombre de questions que dans la formulation d'objectifs concernant les points à améliorer et le démarrage du plan d'actions, c'est à dire l'exploitation du travail réalisé.

Ces remarques rejoignent celles exposées par P.Louis dans le même ouvrage :

« L'auto-évaluation (...) doit être doublée d'une réflexion d'ensemble sur l'évolution, la composition de la population de l'établissement, la demande extérieure, le comportement des résidents et des familles, le développement des techniques nouvelles, la place de l'établissement parmi les autres structures du secteur, les éléments de motivation du personnel, la stratégie que la direction se fixe. »

¹³ Enseignement donné à l'ENSP cité page 8 (première partie : contexte)

Il souligne ainsi l'importance de cerner les limites de l'auto-évaluation, simple photographie à un instant donné de l'établissement pour donner une dynamique et une stratégie pour l'amélioration de la qualité.

« Faute d'un engagement stratégique, véritable vision porteuse de qualité...les seuls supports méthodologiques d'auto-évaluation ne produiront que de piètres effets ; pire encore, ils pourraient gripper l'institution sur des résistances et conflits. » (Ducalet et Laforcade)

L'auto-évaluation doit donc être l'outil d'une stratégie : mise en place d'une démarche qualité comme levier de l'intégration dans l'hôpital local, et obtenir à terme une démarche qualité commune aux deux établissements.

3.1.2 La démarche qualité, étape de l'intégration

La démarche qualité commencée à la MAPA est un levier du changement, d'abord parce qu'elle constitue une démarche de projet au même titre que la préparation de l'intégration au point de s'inscrire dans un même calendrier d'actions.

Ensuite parce qu'elle constitue une étape vers une démarche qualité commune, illustrée par un seul calendrier d'actions d'amélioration de la qualité.

- A) Le plan d'actions commun à la démarche qualité et à la préparation de l'intégration (annexe 3)

Deux plans d'actions distincts sont nés des démarches qualité et de préparation de l'intégration : actions d'amélioration sans financement et actions sur les thèmes de préparation intégration ayant associés l'équipe (secrétariat, organisation des soins, cuisine, lingerie, et documents stratégiques). J'ai fait le choix que les deux calendriers distincts donnent lieu à un calendrier d'actions unique pour l'équipe de la MAPA pour les raisons suivantes :

- tirer les conséquences du principe vu plus haut selon lequel conduite du changement et conduite de la démarche qualité ont un sens commun et sont donc étroitement liés
- garantir le caractère opérationnel du document pour l'équipe qui, étant le principal acteur de la mise en œuvre du calendrier (et avec un appui méthodologique seulement ponctuel dans un premier temps), doit avoir une lisibilité des actions à mener et de leur échéance, et ce quelque soit le projet dont elles sont issues.

L'équipe doit également avoir ainsi la maîtrise du travail à fournir : sa répartition dans le temps et la cohérence de la répartition dans le temps des actions (responsabilisation et maîtrise de la mise en œuvre du changement)

-rendre lisibles les actions rapidement réalisables prévues dans le calendrier, comme l'instauration d'une procédure relative au décès et la définition d'un circuit d'élimination des déchets respectant les règles d'hygiène. Ces deux actions d'amélioration de la qualité engagent l'équipe sur la mise en œuvre et le « comment » du projet d'intégration.

-tirer les conséquences du lien entre les actions d'amélioration de la qualité et les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la préparation de l'intégration : lien d'interdépendance, de logique, financier.

Ainsi l'amélioration des grands processus que sont l'accueil, les soins, la restauration, ne peut être envisagée sans attendre la date d'effet de l'intégration qui soit apportera de fait une réponse au problème (dans le cadre des avantages de l'intégration), soit modifiera tellement le processus que la réflexion initiale ne serait plus valable (services centralisés). Enfin, le plan d'amélioration de la qualité doit prendre en compte les améliorations des ressources humaines avec les complémentarités mises en place : renforcement de l'équipe soignante de deux postes aides-soignantes et mise à disposition de temps médico technique (psychologue, ergothérapeute).

Ce dernier point confirme l'adaptation de la démarche qualité comme levier de cette opération en ce qu'il permet de mettre en place des actions et réaliser des changements sans moyens financiers, moyens qui viendront justement par l'intégration dans le budget de l'hôpital local et la signature de la convention tripartite pluriannuelle.

B) Le plan d'actions d'une démarche qualité commune signe de l'intégration

La démarche qualité commune, supposant à terme un seul plan d'actions, est une donnée nécessaire de l'intégration et supposant de prendre des décisions sur deux éléments : le décalage dans le temps des deux démarches qualité et l'adhésion de l'équipe de la MAPA à la stratégie qualité de l'hôpital et ses moyens de mise en œuvre.

D'après la stratégie qualité de l'hôpital vue en première partie, l'intégration de la MAPA sera traduite par la participation de membres de l'équipe de la MAPA au Comité Qualité, la formation de référents qualité dans l'équipe, la présentation de la démarche qualité.

Elle suppose aussi la communication par le journal interne, la participation de membres de l'équipe aux groupes de travail par thème.

La question se pose de la transposition des procédures ou actions d'amélioration de la qualité de l'hôpital : les procédures transposées sans adaptation pourront être celles concernant des aspects objectifs ou obligatoires, comme la procédure d'accès au dossier de soins. D'autres procédures devront faire l'objet d'une adaptation ou être élaborées par l'équipe de la MAPA elle-même : la procédure d'accueil du résident, l'organisation des soins.

Les démarches qualité des deux établissements se sont rejointes sur une des actions d'amélioration de la qualité représentée par le thème de l'accueil et du livret d'accueil
Le travail sur le livret d'accueil, qui vient d'être réactualisé par l'hôpital dans le cadre de son plan d'amélioration de la qualité, correspond à la réalisation d'une « fiche de présentation du service ». (annexe 4)

Cette fiche sera annexée au livret pour chaque service d'hébergement, dont la MAPA au 1^{er} janvier 2004, le but étant de tenir compte des spécificités de fonctionnement et de réunir tous les éléments pratiques de la vie du résident : repas, linge, interlocuteurs, visites.

L'identité commune de la nouvelle organisation apparaît alors déjà dans l'existence d'un livret d'accueil commun, puisque nous avons profité de sa révision pour faire apparaître la MAPA de Nueil. L'identité commune apparaît également à travers un des aspects des projets : la recherche d'un nom pour la MAPA qui serait en harmonie avec ceux des autres services d'hébergement pour une cohérence d'ensemble.

Cependant la réalisation de ces projets pose les questions soulevées plus haut du décalage dans le temps des démarches qualité (ainsi il n'y a pas eu de représentant de la MAPA dans le groupe de travail pour l'actualisation du livret) et de la spécificité du secteur médico-social : le livret d'accueil est basé sur les règles applicables à l'hôpital local et non sur la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (et ses décrets d'application)

Enfin, le décalage initial entre le lancement des démarches qualité des deux établissements sera résorbé par les étapes d'évaluation externes et « officielles » prévues dans le déroulement. En effet, si l'engagement pour l'accréditation date de 2000, la visite des experts visiteurs interviendra en 2005/2006, et sera précédée d'une auto-évaluation

officielle 6 mois avant. De même la négociation de la convention tripartite comporte une étape de visite sur place des contractants de l'établissement.

Dans tous les cas, accréditation et auto-évaluation ANGELIQUE, des actions d'amélioration de la qualité sont lancées immédiatement, et les calendriers se rejoindront au fur et à mesure de la réalisation des actions.

Conclusion sur la mise en place de la démarche qualité :

La démarche qualité est le premier levier de la conduite de l'intégration. Elle présente plusieurs liens logiques avec l'autre levier que constitue le management.

En effet, il existe actuellement l'expression de « management de la qualité », qui signifierait que la qualité ne peut être mise en œuvre dans un établissement que par l'ensemble du personnel.

Cependant, *« la capacité de faire adhérer puis participer les salariés relève du management, non pas du management de la qualité mais de celui des hommes au service de la qualité. »* (Pierre Louis)

Par ailleurs, la démarche qualité constitue un changement et même un projet que le directeur doit donc traiter selon les méthodes proposées pour cela, et mettre en cohérence avec les autres projets en cours dans le cadre de la stratégie d'intégration.

Si elle doit être « managée » aussi en tant que projet et en lien avec les autres projets, on peut retenir également le postulat de la spécificité du « projet qualité » qui doit nécessairement viser plusieurs bénéficiaires : non seulement les patients mais aussi les personnels. Ainsi la qualité présupposerait «une qualité nouvelle du management lui-même ». (Marc Hees « Le management : science, art ou magie ? »)

Enfin, ce lien entre démarche qualité et management est exprimé explicitement par les thèmes ou chapitres des référentiels d'évaluation consacrés à la gestion des ressources humaines, au management de l'établissement et à la gestion de la démarche qualité :

- Référentiel ANAES : Management de l'établissement et des secteurs d'activité, Gestion des ressources humaines, Gestion de la qualité et prévention des risques
- Référentiel ANGELIQUE : projet d'établissement, personnel, démarche qualité.

Cela confirme l'identité des enjeux de ces démarches qualité qui visent, en plus de l'adaptation aux besoins des résidents, l'amélioration de la gestion des ressources humaines et la maîtrise accrue des organisations.

3.2 Management interne, facteur clef de succès de l'intégration

3.2.1 La participation de l'équipe de la MAPA

La participation des acteurs eux-mêmes du changement est évidemment nécessaire pour la démarche qualité, elle l'est aussi pour la préparation de l'autre changement que représente l'intégration.

A) Les réunions avec toute l'équipe

Les réunions avec toute l'équipe sont indispensables pour que tout le monde comprenne les étapes clefs de la démarche ainsi que les principes et choix majeurs qui président à la démarche.

Elles sont d'autant plus importantes que la taille et le fonctionnement de l'équipe ne permettront pas de travailler autrement qu'avec les personnes « présentes du jour », ce qui laisse toute manœuvre pour la déformation des propos au sein de l'équipe.

Les étapes clefs ont été les suivantes :

Le lancement de la démarche : nous avons rappelé la nature du projet, ses raisons, affirmé clairement le positionnement des deux établissements, procédé à une présentation des interlocuteurs de l'équipe au niveau de l'encadrement et de la direction.

Des consignes ont été données sur l'information à donner aux résidents et les réponses aux questions qu'ils seraient amenés à poser.

Enfin, les principaux changements organisationnels doivent être présentés, en expliquant les raisons qui les sous tendent, ainsi que des éléments qui ne changent pas.

J'ai noté qu'un temps raisonnable devait être consacré à l'écoute des questions et des remarques de l'équipe, pour laisser un temps de réponse à ce que l'on a exposé, pour répondre directement à certaines questions, corriger immédiatement et officiellement les idées fausses (rumeurs et fantasmes), pour entendre l'impression « à chaud » de l'équipe, son interprétation du projet, ses attentes.

Un calendrier général de la préparation de l'intégration a été proposé.

La fin des entretiens individuels suppose de faire un retour sur cette étape et répondre collectivement à des questions et remarques posées individuellement

Le lancement des groupes de travail fut l'occasion que j'ai choisie pour expliquer le travail de l'équipe, le sens donné à celui-ci (force de proposition et non simple recueil d'opinion), la forme du résultat attendu (plan d'actions) et le calendrier des groupes.

J'ai affiché des fiches projet avec le thème concerné, les objectifs et résultats attendus, les étapes pour parvenir à ce résultat, le calendrier, les participants au projet, et une partie évaluation, remarques.

Un classeur a été laissé à la disposition de l'équipe pour centraliser tous les documents du projet, notamment les comptes-rendus de réunions.

Une réunion avec toute l'équipe fut organisée avec le cadre infirmier après ces premiers groupes de travail, pour la validation du calendrier et pour faire le bilan du travail réalisé.

B) Les entretiens individuels

Des entretiens individuels ont intérêt à être menés le plus tôt possible après la réunion de présentation initiale.

a) *Les entretiens avec chaque agent*

Les entretiens avec tous les agents présentent l'intérêt de connaître l'existant pour les agents, de recueillir personnellement leurs attentes et craintes dans le projet, et de recueillir une nouvelle fois le ressenti sur le changement, de façon plus « fine. »

L'existant : pour la connaissance de « l'histoire » de la carrière dans l'établissement (temps de deuil du passé) et du travail actuel (reconnaissance du travail accompli, de l'expérience de terrain et de l'investissement).

Ainsi, des éléments circonstanciels peuvent interférer : alourdissement de la charge de travail, départ d'un agent, situation conflictuelle dans l'équipe, situation personnelle.

Les attentes et craintes : elles m'ont permis de préparer les réunions des groupes de travail, de recueillir des craintes non exprimées collectivement de par leur caractère personnel.

J'ai questionné les agents lors de ces entretiens pour connaître globalement la position de chacun sur le projet de changement.

Les réponses qui m'ont été données par rapport au changement ont été les suivantes :

- attentes par rapport à la définition de la nouvelle organisation : le changement ne pose pas de problème « pourvu que tout fonctionne pour les résidents ».
- attentes par rapport au changement : amélioration de la prise en charge, des locaux
- acceptation du changement en soi : changement interprété positivement comme un renouvellement, une adaptation nécessaire.

Le bilan de ces entretiens individuels m'ont fait conclure à l'absence de réelle résistance au changement, et à une volonté de participer aux projets à venir.

b) Les entretiens avec les agents concernés par les changements de poste

Les entretiens avec les agents concernés par des changements de poste pour traiter particulièrement de ce sujet s'imposent pour plusieurs raisons :

- considération de la personne* : compréhension de la difficulté vécue par l'agent, de l'importance du changement (valorisation de la mobilité) et confidentialité de l'échange : j'ai donc mené ces entretiens seule avec chacun des deux agents concernés.
- besoin de clarifier et officialiser les choix* organisationnels (besoin de projection dans un avenir réaliste). Cet élément devra être complété en septembre 2003 par le contexte du futur poste : équipe, bâtiment, fonctionnement global du service. Cette étape m'a semblé essentielle puisque les agents gardaient des espoirs de maintien en l'état de la situation, en s'appuyant sur des contradictions supposées dans les réponses sur ce point des différents intervenants.
- recueil d'informations* nécessaires sur tous les éléments de la fiche de poste de l'agent (pour la réorganisation des tâches) et les attentes sur le nouveau poste.
- compte-rendu écrit de l'entretien* et définition si besoin d'un calendrier spécifique pour l'agent : travail sur la réorganisation, individuel et/ou en groupe, visites des nouveaux locaux, formation préalable éventuelle, prise des nouvelles fonctions.

La trame de l'entretien sur la situation professionnelle que j'ai utilisée est la suivante :

<p style="text-align: center;"><u>Situation actuelle</u> <u>devenir du poste à la MAPA</u> <u>présentation de l'équipe à l'hôpital local</u> <u>objectifs professionnels</u> <u>organisation pour la préparation de l'intégration</u> <u>attentes particulières.</u></p>
--

C) Les groupes de travail

Les groupes de travail sur la préparation de l'intégration ont eu pour objet d'associer le personnel aux modalités de mise en œuvre de certains aspects du changement dont ils seront les acteurs.

La méthodologie utilisée a consisté à reprendre la fiche projet définie plus haut. Pour chacune des « étapes » de la fiche projet, identifiées a priori, nous avons procédé de la façon suivante :

- présentation du fonctionnement actuel de la nouvelle entité et des premiers choix stratégiques pour l'intégration. (« principes d'organisation »)
- explication par l'équipe de son fonctionnement actuel, points auxquels elle est attachée et des enjeux ou points d'attention sur la mise en place de l'organisation.
- définition commune et accord sur les actions à mener et leur répartition dans le temps : en fonction des échéances, de la dépendance de l'action par rapport à des éléments extérieurs.

Exemple : mise en place d'une organisation de la restauration dès l'achat du matériel correspondant (chariots chauffants).

Une première série de réunions a eu pour objectif d'aboutir à un calendrier d'actions pour la répartition des rôles dans le travail de préparation, après le passage obligé et nécessaire pour les agents du descriptif des pratiques respectives des établissements.

Dans un seconde étape l'équipe consacre son temps à la réalisation des actions du calendrier et les réunions des groupes de travail ne serviront plus que de bilan d'étape ou de déblocage d'un problème. De même, les échanges sur les différences de pratiques,

étape indispensable doivent être clos « officiellement » pour pouvoir réfléchir ensuite exclusivement à la nouvelle organisation.

Le tableau suivant sur le thème de la fonction linge illustre la méthodologie et le type d'actions de préparation de l'organisation :

LINGE	Principes d'organisation	Objectifs opérationnels (actions)
Linge hôtelier Vestiaire personnels	<i>Pas de changement :</i> Prestataire commun Doué Référént : S.P (ASH) (1 passage par semaine actuellement)	Lien responsable lingerie Doué
Linge ménage	<i>Pas de changement :</i> Traitement sur place Ex : MOPS (linge de ménage)	Dotation linge ménage
Vestiaire résidents	<i>Changement :</i> Prise en charge prestataire : traitement, repassage Livraison à plat ou sur ceintre temps pointage et de tri Stock vestiaire résident adapté point livraison MAPA Nueil directement	Identification vêtements : tri, coudre nom, étiquette identification service commander chez BTB dans une autre couleur que vert « HOP DOUE MAPA » temps estimé 1h par vestiaire Informers famille et résidents : vestiaire, coudre, tri, linge fragile, (rigueur supplémentaire) Réorganisation travail : Gain temps machines de jour (voir relevé machines et estimations) Repassage et pliage de nuit (voir fiche de poste veilleuse nuit)

3.2.2 L'amélioration des qualifications du personnel

L'amélioration de la qualification passe par un renforcement des qualifications de l'équipe soignante et l'apport une pluridisciplinarité.

A) Le renforcement et la pluridisciplinarité des qualifications de l'équipe soignante

Le premier objectif consiste à augmenter le nombre d'agents titulaires du diplôme d'aide-soignant. Cela se traduit par les éléments suivants :

-recrutement « qualifié » (diplôme d'aide-soignant) en remplacement des Contrats Emploi Consolidé (CEC) et Contrats à Durée Déterminée (CDD) arrivant à échéance, des deux postes d'agent administratif et cuisinière, et des agents partant à la retraite prochainement (une aide-soignante et un agent des services hospitaliers).

-démarche de formation promotionnelle pour deux agents des services hospitaliers intéressés par la formation d' aide-soignante.

Pour les agents non titulaires du diplôme, et qui ne pourraient suivre la démarche de formation promotionnelle, l'objectif est l'adaptation des compétences par des formations en aides et soins spécifiques pour la prise en charge de la dépendance (nutrition, chute, escarres, incontinence, maintien de l'autonomie).

Par ailleurs, des formations en interne peuvent venir compléter ce renforcement des qualifications, notamment sur l'utilisation du dossier de soins ou les transmissions ciblées. Une attitude d'ouverture et d'actualisation des connaissances et des pratiques sera mise en application du plan d'action d'amélioration de la qualité, par des moyens suggérés par le questionnaire ANGELIQUE lui-même : diffusion de revues professionnelles, participation aux groupes de réflexion cités plus haut, interventions en gérontologie de médecins référents.

La pluridisciplinarité des qualifications est le seul moyen de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. Il s'agira dans un premier temps de faire profiter la MAPA de temps des fonctions présentes à l'hôpital local : psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, coordinatrice de l'animation. Un appui technique à l'équipe serait donné dans un premier temps, en même temps qu'une évaluation des besoins des résidents de la MAPA sur ce plan.

A terme des ateliers d'animation à visée thérapeutique seraient mis en place pour les personnes désorientées et dans un but de prévention.

D'autres ateliers visant au maintien de l'autonomie pourront être mis en place, l'objectif étant qu'ils s'inscrivent comme repère dans le programme hebdomadaire et qu'ils complètent la logique de l'aide aux actes de la vie quotidienne.

Finalement les objectifs de l'équipe médico-technique sont l'évaluation de l'autonomie et de la dépendance , les propositions de pris en charge coordonnée et globale des interventions, objectifs atteints par les outils d'évaluation, les bilans d'admission et entretiens psychologiques d'entrée, les créations d'ateliers et plans d'intervention.

B) Les engagements de la convention tripartite

Le projet d'intégration est un des moyens d'obtenir le renforcement des qualifications : intégration au plan de formation pour les formations promotionnelles, rôle du cadre infirmier, temps de l'équipe médico technique consacré à la MAPA comme aux services d'hébergement de l'hôpital local.

L'autre moyen est la convention tripartite conclue entre la MAPA et les autorités de tarification, DDASS et Conseil Général, avant la date d'effet de l'intégration.

Dans un article relatif à «la qualité des personnels exerçant dans l'établissement », l'établissement peut demander un engagement de ses contractants sur :

- le financement de l'activité de médecin coordonnateur

- la rémunération du masseur- kinésithérapeute intervenant actuellement à titre libéral pour l'organisation d'une activité régulière et salariée

- le renforcement de la qualification de l'équipe soignante et la création de postes pour augmenter le temps de prise en charge des résidents pour des objectifs dégagés par l'autoévaluation ANGELIQUE :

respecter des fréquences de nettoyage, favoriser le maintien de l'autonomie, mettre en œuvre des solutions alternatives aux changes pour l'incontinence, renforcer la surveillance des résidents pour diminuer les cas de recours à la contention, soutenir le résident et sa famille en accompagnement de fin de vie, participer au quotidien à l'animation, la formation de référents qualité, l'extension à une majorité d'agents de formations en gérontopsychiatrie et gériatrie.

Cette nouvelle organisation, nécessaire pour une prise en charge de qualité adaptée aux besoins des résidents, représente selon moi également une réponse aux points d'attention dégagés pour la mise en œuvre de la centralisation de l'administration.

Ces nouvelles fonctions et les ateliers seront en effet tout à la fois des repères pour les résidents, des lieux d'échanges et d'expression, des occasions privilégiées de favoriser les liens sociaux.

Ces éléments sont constitutifs de la qualité de vie au sens du cahier des charges pour le volet qualité de la convention tripartite.

Enfin, celle-ci ne sera effective qu'à la condition que la qualité des personnels s'accompagne de la qualité des espaces.

Le personnel qualifié doit travailler dans des espaces étant à la fois lieux de vie, lieux adaptés à la prise en charge de la dépendance et lieu de prévention et de soins.

Par ailleurs, le travail sur l'organisation des soins et la mise en place d'ateliers thérapeutiques supposent l'aménagement des espaces adéquats.

Ainsi l'établissement profitera de la même convention pour demander un engagement financier sur :

- les travaux pour l'accessibilité des locaux,
- l'agrandissement et l'isolement de la salle à manger,
- l'aplanissement du jardin pour faciliter les promenades,
- l'aménagement du bureau de consultation et des offices,
- la création d'un espace coiffure/salon esthétique,
- la création d'espaces pour des ateliers médico- techniques,
- la mise en place d'une signalétique externe et interne complète et adaptée

L'amélioration des espaces de vie est également un des objectifs du projet de vie de la MAPA, qui traite de l'aménagement du lieu de rencontre que représente le salon.

Il s'agit d'une pièce agréable et lumineuse, qui mériterait d'être utilisée comme lieu de vie des résidents, sachant qu'elle présente l'inconvénient d'être un passage obligé entre l'entrée principale et les chambres.

Cette difficulté pourrait être dépassée par l'aménagement en plusieurs espaces protégés du regard des visiteurs : salon, bibliothèque.

Conclusion sur le management interne dans la conduite de l'intégration

Finalement ce management conduit à formuler quelques remarques :

Beaucoup d'éléments purement factuels sont intervenus dans la conduite du projet, circonstances qui jouent nécessairement sur le plan d'action et sur la stratégie à adopter.

J'ai relevé ainsi l'influence la coopération entre les deux établissements et des faits concernant le personnel : un des agents de la MAPA a travaillé en contrat à durée déterminée à l'hôpital, des formations communes ont été réalisées (dont une formation incendie par un agent de l'hôpital), l'existence de fait d'un pool de remplacement commun : deux agents concernés.

Ces données sont positives dans cette phase de préparation de l'intégration en créant des passerelles concrètes avec des liens humains spontanés.

Un autre élément a touché le déroulement de la préparation, mais avec une interprétation plus ambivalente cette fois : le départ en congé maternité de l'agent administratif au secrétariat, pendant 8 mois avant la mise en œuvre de l'intégration.

L'organisation du secrétariat et la répartition des tâches qu'elle effectuait ont donc dues être anticipées. Cette anticipation contrainte permettra de procéder à une évaluation de l'organisation mise en place pour un fonctionnement performant en 2004. Elle a l'inconvénient de faire aborder l'intégration de la MAPA sous un mauvais jour par l'administration de l'hôpital reprenant ses tâches, sans que toutes les complémentarités à venir soient opérationnelles : gestion unique des commandes, même comptabilité, intégration dans les logiciels de gestion du personnel et d'admission.

La mise en œuvre de l'intégration a supposé la gestion de plusieurs projets, chacun étant au service du projet d'intégration de la MAPA, lui-même issu de la stratégie écrite dans le projet d'établissement.

Ainsi, j'ai réalisé un outil de pilotage du projet d'intégration dans son ensemble pour valider tous les aspects qu'il recouvre :

des formalités administratives indispensables aux projets-qualité, en passant par l'organisation de la logistique liée à la distance des deux sites et par l'harmonisation de la gestion du personnel, pour la notation et la paye. (annexe 2)

3.3 Evaluation de la démarche d'intégration

3.3.1 Satisfaction des résidents et du personnel

Le recueil de la satisfaction des résidents est une forme essentielle d'évaluation de l'intégration et s'accorde avec le cahier des charges des conventions tripartites qui précise que la qualité sera appréciée au regard : « *de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude, et à la qualité d'ensemble de la vie sociale* »

Il faut donc mettre en place un mode de recueil de la satisfaction des résidents de l'ensemble des services d'hébergement de l'hôpital local.

Ce mode de recueil prendra la forme d'un questionnaire de satisfaction portant sur les éléments de la qualité de vie des résidents, selon la définition de la qualité donnée à travers les recommandations du cahier des charges et les composantes de la qualité de prise en charge vues plus haut (dont le sentiment de sécurité par exemple) et par déduction des questions de la grille ANGELIQUE.

Le recueil de satisfaction portera également sur les points qui demandaient une attention particulière dans la préparation de l'intégration : la qualité des repas, l'accueil et le courrier, l'expression à travers les commissions des menus et conseil de la vie sociale, les relations avec l'équipe et le cadre infirmier. Enfin, les deux éléments prioritaires actuellement pour les résidents seront mesurés : la fréquence des douches et de l'entretien des chambres.

Une attitude d'écoute et de veille doit également permettre de recueillir des besoins exprimés par les résidents soit dans le fonctionnement quotidien de l'établissement (à l'occasion d'un repas, d'une discussion, d'un établissement), soit dans le cadre des instances précitées permettant l'expression des résidents.

A ce jour les réunions menées à destination des résidents et des familles ont permis d'informer sur les principaux aspects de l'intégration et les effets concrets au quotidien.

Les représentants des résidents au Conseil d'Administration de la maison de retraite ont eu l'occasion de s'exprimer sur ce sujet à la dernière instance en juin 2003. Ils acceptent suffisamment le projet pour avoir choisi le nom de la MAPA, la Pensée du Layon, qui figure déjà dans le livret d'accueil commun aux services d'hébergeant. La remise de ce

livret à l'entrée en vigueur du regroupement sera l'occasion d'une nouvelle communication.

La satisfaction du personnel par rapport à l'intégration peut s'évaluer dans un premier temps après ces quelques mois de préparation de l'intégration.

Elle s'évaluera dans un second temps sur chacun des points d'organisation modifiés, en vue de leur amélioration continue, et sur les postes ayant connu une mobilité géographique.

Il n'y a plus actuellement de réelle résistance au changement. La réalisation du calendrier d'actions et les premiers groupes de travail ont permis de répondre à beaucoup de questions, de s'exprimer et de se projeter concrètement dans la mise en œuvre du regroupement.

L'agent administratif hospitalier et l'ouvrier professionnel qualifié participent aux réflexions d'organisation et s'appêtent à visiter le site de Doué la Fontaine et rencontrer leurs futures équipes en septembre 2003.

Des réunions d'information ont été régulièrement menées et la présence d'un cadre infirmier sur place rassure l'équipe sur la réalisation du calendrier.

Il reste donc à prendre en considération les craintes inévitables liées à l'inconnu, inconnu de la nouvelle organisation plus que de l'hôpital local lui-même, et les attentes relatives au renforcement de l'équipe et des qualifications pour l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents, celle-ci ayant elle-même un impact sur les conditions de travail et la satisfaction du personnel.

3.3.2 Evaluation de l'organisation liée à l'intégration

L'évaluation de la démarche d'intégration rejoint l'évaluation de la qualité de la prise en charge qui était le principal enjeu de l'opération. Cependant, une évaluation portant spécifiquement sur l'intégration pourra être menée, portant sur les éléments suivants :

thèmes	objectifs	Indicateurs
Restauration	Qualité des repas : maintien niveau Efficacité de l'organisation pour la préparation et la livraison	Amplitude entre les repas Ponctualité des livraisons Nombre de non-conformités à la livraison
Administration	Satisfaction des résidents et des familles sur l'accueil physique et l'accueil téléphonique Mode d'approvisionnement performant	Respect des heures de réception du courrier résidents Nombre de non-respect de la procédure d'accueil Nombre de rupture de stocks
Expression des résidents	Expression des résidents sur la satisfaction, le fonctionnement de l'établissement, les repas.	Nombre de réunions du conseil de la vie sociale, commission des menus Retours des enquêtes de satisfaction
Personnel	Satisfaction du personnel : organisation du travail, conditions de travail Mise en place d'un pool remplacement Motivation Equité dans les règles de notation, gestion des plannings	Absentéisme Retour enquête satisfaction du personnel Nombre de demandes de formation Fréquence participation aux fiches de signalement d'incident Fréquence et durée des réunions d'équipe Nombre de changements par rapport au planning initial
Organisation des soins	Organisation du travail optimale Respect rythme de vie des résidents Temps psychologue, équipe médico technique	Fréquence des douches (dossier patient) Fréquence des ménages (plan de nettoyage) Nombre d'entretiens psychologiques (fiche de suivi de la procédure d'accueil)
Linge	Qualité prise en charge linge résidents	Nombre de pertes, détériorations du linge Nombre retard livraison (prestataire)
Maintenance	Fonctionnement du nouveau service de maintenance et des canaux de communication entre la MAPA et les services économiques	Délai de réparation et intervention

3.3.3 Evaluation de la démarche d'amélioration de la qualité

L'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité comporte plusieurs aspects :

- l'évaluation des actions d'amélioration de la qualité
- l'évaluation de la démarche qualité elle-même

a) *l'évaluation des actions d'amélioration de la qualité*

L'évaluation des actions se fera de façon obligatoire par une auto-évaluation tous les 5 ans et par l'évaluation intégrée dans le plan d'action lui-même. (indicateur posé en face de chaque objectif).

Cette évaluation doit être réalisée par les acteurs de la mise en œuvre de plan d'actions : l'équipe elle-même, y compris son cadre infirmier.

En effet, le sens de l'amélioration continue de la qualité confirmé par la stratégie qualité de l'établissement conduit à une maîtrise des étapes de la roue de Deming par les acteurs :

- 1) **auto-évaluation initiale**
- 2) plan d'action et fiches projet
- 3) amélioration des processus relatifs à des points faibles
- 4) mise en œuvre de la solution retenue
- 5) **suivi de la mise en œuvre par les indicateurs, tableaux de bord, auto-évaluation de suivi**

L'appropriation de la démarche par l'équipe sur le terrain n'empêche pas l'appui méthodologique et la coordination du responsable qualité et des référents qualité : on remarque en effet la difficulté en pratique de formuler des actions en terme d'objectifs suffisamment précis et de trouver les indicateurs pertinents.

b) *l'évaluation de la démarche qualité elle-même*

L'évaluation de la démarche qualité peut d'abord être basée sur la quatrième partie de la grille ANGELIQUE relative à la démarche qualité portant sur les thèmes suivants :

- gestion de la qualité : objectifs, groupes de travail, système documentaire
- méthodes : enquête satisfaction, évaluation périodique des pratiques, audits
- personnel : formation, sensibilisation, référent
- suivi : suivi des indicateurs
- notification des anomalies (signalement des incidents)
- communication et transparence

Par ailleurs, une méthode d'évaluation est proposée dans un article de la revue *Gestions Hospitalières* (juin-juillet 2000) intitulé « Evaluation d'une démarche qualité, méthodes, objectifs et conséquences des démarches existantes » par A. Fourcade et G. Martinez.

Les auteurs expliquent d'abord la difficulté d'une telle évaluation, pourtant nécessaire pour l'interprétation des résultats :

-confusion entre évaluation de la démarche et pseudo évaluation de la mise en œuvre de la démarche, conformité aux standards définis dans la démarche et non évaluation du programme lui-même par rapport au service rendu.

-la durée de mise en œuvre de la démarche rend difficile d'identifier ce qui découle de la démarche de ce qui est externe.

La proposition d'évaluation prend la forme de l'énoncé des types d'information pouvant contribuer à l'évaluation, selon les travaux de J. Ovretveit, « *Evaluating Health Intervention* » :

-description du déroulement

-étude de l'impact pour les professionnels

-comparaison avec des objectifs fixés au préalable : point d'avancement de la démarche, pourcentage de réalisation, d'objectifs atteints

-comparaison avec un modèle prescrit : degré de réalisation sur les différents standards prescrits dans le modèle

-mesure du service rendu avant, pendant et après la mise en œuvre du programme : indicateurs de qualité de vie, du service rendu

-utilisation d'un cadre général de déroulement d'un programme qualité

L'état des lieux actuels en ce qui concerne le lancement de la démarche qualité est une première sensibilisation de l'équipe aux objectifs de celle-ci, la volonté de participer aux actions d'amélioration sans financement et le lancement d'une première action .

La dernière étape que j'ai menée sur ce point, la formulation d'objectifs pour le calendrier d'actions, fut réalisée avec l'appui méthodologique du responsable qualité.

Cette réunion a donc favorisé une rencontre avec une des personnes qui devra intervenir auprès de l'équipe pour avancer dans la démarche, équipe qui n'est pas habituée à la conduite de projets et qui a comme priorité immédiate la préparation du regroupement.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE :

Objectifs.	Actions	Moyens : responsables action	Calendrier
Accompagnement social	Information sur l'intégration, réponse aux questions, lancement démarche participative	Réunions équipe entière et entretiens individuels <i>directeur et cadre infirmier</i>	A partir de janvier 2003
Conduite changement et de la démarche qualité	Auto-évaluation et création des groupes par thème	Grille ANGELIQUE, doc. interne de méthodologie Réunion équipe entière <i>directeur et cadre infirmier</i>	A partir de mars 2003
Préparation de la nouvelle organisation	Mise en œuvre actions définies par les groupes	Calendrier équipe, classeur, fiches projet <i>directeur et cadre infirmier</i>	A partir de septembre 2003
Communication et identité commune	Communication résidents-personnel	Journaux internes hôpital, réunions et courriers MAPA <i>Coordonnatrice animation</i>	A partir de décembre 2003
	Regroupement système qualité unique de l'hôpital	Présentation système et formation référents <i>Responsable qualité</i>	
Qualité du personnel	Renforcement qualifications équipe soignante Apport pluridisciplinarité : psychologue, ergothérapeute	Recrutement aides-soignantes et formations internes sur dépendance Organisation temps de travail à la MAPA et nouveaux ateliers : après évaluation besoins (bilan) <i>Cadre infirmier supérieur</i>	A partir de janvier 2004
Qualité de vie des résidents : espaces et personnel	Intégration pour financements formation promotionnelle et schéma directeur (locaux et équipements)	Budget unique entité après intégration et moyens convention tripartite <i>Directeur-directeur adjoint, Commission formation</i>	A partir de janvier 2004
Participation résidents	Mise en œuvre projet de vie Création conseil de la vie sociale	Nouvelle organisation du travail, définition fonctionnement et composition instances <i>Psychologue, cadres, coordonnatrice animation</i>	A partir de 2005
Evaluation actions	Evaluation nouvelle organisation	Indicateurs par thème dont satisfaction résidents évaluation inhérente à la démarche ANGELIQUE <i>directeur, cadre et responsable qualité</i>	A partir de janvier 2004
	Evaluation démarche qualité		Visite pour la convention tripartite Suivi des actions en Comité Qualité et tous les 5 ans

CALENDRIER DES PROPOSITIONS POUR LA STRATEGIE D'INTEGRATION

CONCLUSION

La stratégie de mise en œuvre de l'intégration devra donc répondre aux enjeux de qualité de la prise en charge et du management, par le levier de la démarche qualité et sur le fondement d'un management interne adapté à la situation.

Les peurs liées au changement étant prises en compte au niveau du personnel, et sûrement atténuées par la communication et l'engagement dans l'action, une information pertinente reste à poursuivre auprès des résidents.

Ils redoutaient en effet la suppression de la maison de retraite dans la commune pour un rapatriement dans l'hôpital local, comme si le transfert d'autorisation administrative était associé à un transfert géographique de lits. Or la notion de proximité pour l'accès aux soins des personnes âgées exclut évidemment ce scénario. Les dispositions relatives à l'amélioration de la filière de soins gériatrique¹⁴ se basent en effet justement sur le danger d'une rupture avec l'environnement pour les personnes âgées.

Non seulement l'intégration dans l'hôpital local n'a pas vocation à atteindre le droit aux soins de proximité, mais elle permettra même à terme leur renforcement par la diminution des « ruptures de prise en charge » des hospitalisations en fin de vie.

Le renforcement de la qualification de l'équipe et l'apparition de nouvelles compétences tendent en effet vers la possibilité de soins palliatifs au sein même de la MAPA, soit « *la lutte contre la douleur et d'autres symptômes comme la prise en compte de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, dans le but d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille.* » (Organisation Mondiale de la Santé)¹⁵

Ainsi la MAPA resterait le lieu de vie des personnes âgées, lieu de convivialité et de relations sociales, mais un lieu qui s'adapte aux besoins des personnes âgées jusqu' à la fin de vie. La notion de qualité de vie doit alors plus que jamais allier les dimensions sanitaires et médico-sociales, donnant tout son sens à l'intégration effective au 1^{er} janvier 2004.

C'est cette vision « décloisonnée » entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social que propose le rapport « Handicap et secteur public sanitaire et médico-social »¹⁶ pour

¹⁴ Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

¹⁵ Programme national des soins palliatifs 2002-2005

¹⁶ Handicap et secteur public sanitaire et médico-social, synthèse du séminaire « Handicap et secteur public » organisé par le pôle Vieillesse-Handicap de la FHF les 5 et 6 septembre 2002 à l'Institut du Val Mandé.

une prise en charge centrée sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes notamment.

Il évoque la conception de filière de soins adaptée aux personnes handicapées, à l'instar des filières de soins gériatriques articulant dimensions sanitaires et médico-sociales. Ce pourrait être le rôle des Schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale de troisième génération, en cours d'élaboration, d'aller dans ce sens.

Bibliographie

OUVRAGES

-BRAMI Gérard, La qualité de vie des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes, Ed. Berger Levrault, Collection Repère Age, 1997.

-CREMADEZ M. et GRATEAU F. Le management stratégique hospitalier, Inter éditions, Masson, 2^e édition, 1997.

-CROZIER M. et FRIEDBERG M. L'acteur et le système, Ed. du Seuil, Collection points essais, 1977.

-DUCALET P. et LAFORCADE M. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales- sens, enjeux, méthodes- Ed. Seli Arslan, 2000.

-LAMY Yves, Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux, Ed. ENSP, 1995.

-LOUIS Pierre, Guide de la réforme des Etablissements pour personnes âgées,Ed. Seli Arslan, 2002.

-SACCO M.T, « La gestion des ressources humaines dans les opérations de modernisation », in DERENNE O., LUCAS A., Le développement des ressources humaines, tome 2, Ed. ENSP, 2002, p 231 à 287.

ARTICLES

-FOURCADE A. et MAGUERES G., «Evaluation d'une démarche qualité », Gestions hospitalières, juin /juillet 2000, p 441 à 449.

-GOULEY C., «EVA, référentiel d'évaluation externe des EHPAD », Revue hospitalière de France, octobre 2002, n°488, « loi du 2/01/2002 : radiographie d'une réforme », p36 à 39.

-HEES Marc, « Le management : science, art, ou magie ? » (1999), Perspectives soignantes, 2003, n°5, p62 à 72.

-MECKLING J., «De la motivation des soignants », Objectifs soins, mai 2003, n° 116, Cahiers du management.

-SIPOS Irène, « Evolution des différentes fonctions en maison de retraite, Gérontologie et société, 2003, n°104 « Le Personnel »

-« Faut-il un guide d'autoévaluation unique ? », Le mensuel des maisons de retraite, novembre 1999, n°25, pages Informations générales.

TEXTES REGLEMENTAIRES

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

-Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

-Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

-Circulaire DHOS/DGAS du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

-Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

-Instruction n°2003/20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

MEMOIRES

-DEFOUR J.M, « Projet de fusion entre un hôpital local et une maison de retraite- analyse stratégique », mémoire de l'ENSP- DESS 1999

-ERTEL F. «L'Infirmière Générale et le management stratégique de l'après fusion », mémoire de l'ENSP- IG 2001

-FARVACQUE S., «La fusion de deux maisons de retraite : démarche de projet et management stratégique », mémoire de l'ENSP- DESS 1998

-LANCHAIS R., « Zones de risque dans la gestion des processus de fusion », mémoire de l'ENSP- DH 1997

AUTRES

-Grand dictionnaire Encyclopédique Larousse

-Les mots de l'action sociale, définition des mots les plus courants du domaine social selon la Commission Générale de Terminologie et de Néologie (DGAS)

-Schéma gérontologique départemental du Maine et Loire

-Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale des Pays de Loire

-Programme national des soins palliatifs 2002-2005

-Handicap et secteur public sanitaire et médico-social, synthèse du séminaire « Handicap et secteur public » organisé par le pôle Vieillesse-Handicap de la FHF les 5 et 6 septembre 2002 à l'Institut du Val Mandé

-Cours d'analyse stratégique Institut de Travail Social de Tours, CAFDESI, V.Perret

ENTRETIENS

-Beauchamps F. IASS DDASS du Maine et Loire, négociateur territorial délégué par l'ARH

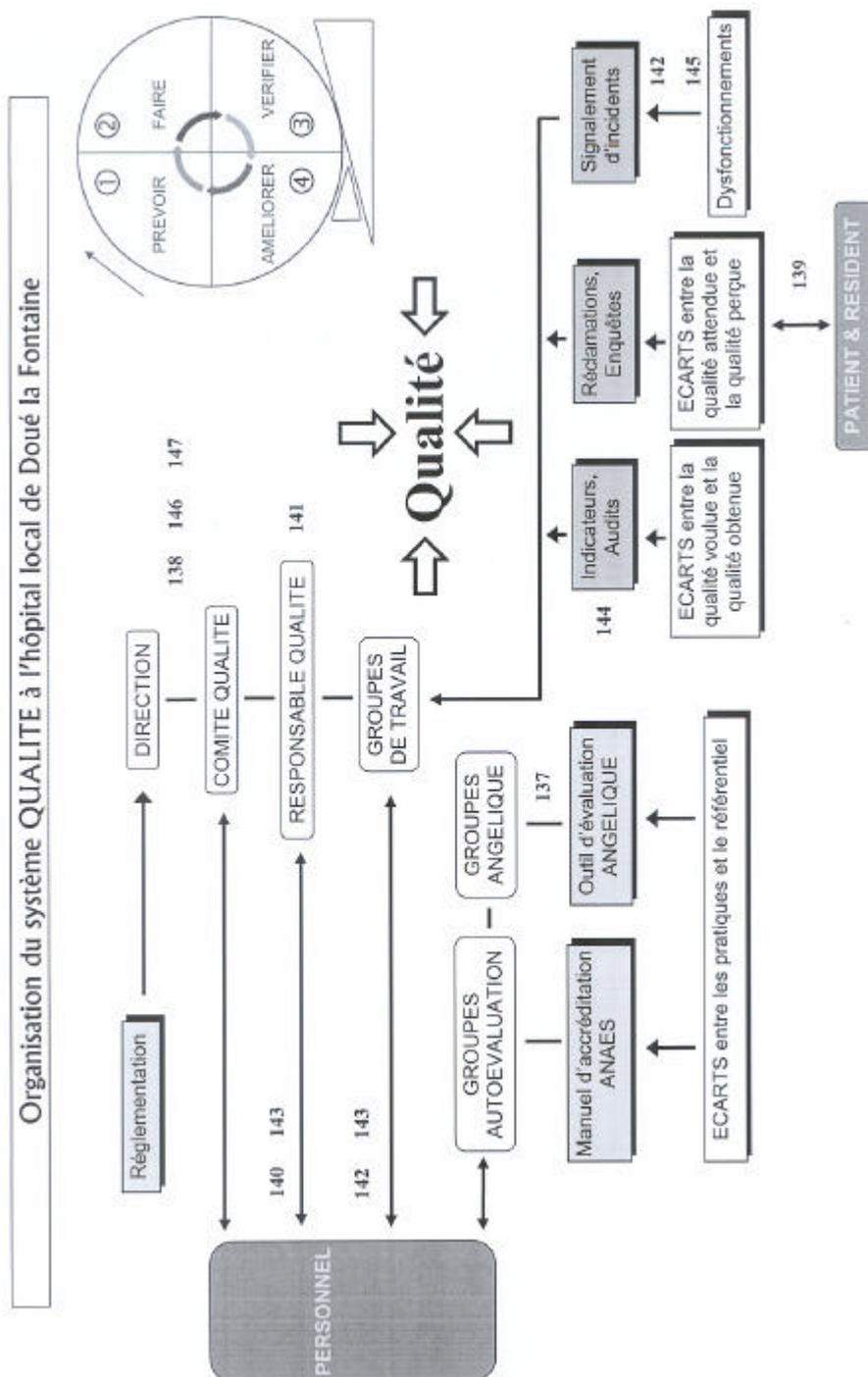
-Defois JM., maire de Nueil sur Layon, Président du Conseil d'Administration de la MAPA

-Jourdan J.Y, directeur de l'hôpital local intercommunal du Baugeois et de la Vallée (49)

Liste des annexes

- Annexe 1 : Organisation du système qualité de l'hôpital local de Doué la Fontaine sur la base de l'auto-évaluation ANGELIQUE
- Annexe 2 : Calendrier d'actions général pour la mise en œuvre de l'intégration
- Annexe 3 : Calendrier d'actions de l'équipe de la MAPA de Nueil sur Layon
- Annexe 4 : Extrait du livret d'accueil du résident de la nouvelle entité juridique après regroupement de l'hôpital local et de la maison de retraite

- Annexe 1 : Organisation du système qualité de l'hôpital local d'après l'auto-évaluation



Calendrier fusion MAPA : réalisation par la direction et les cadres

OBJECTIFS GENERAUX	OBJECTIFS OPERATIONNELS	2002	2003												2004											
			J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PREPARATION DES ELEMENTS ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	Permanence des ateliers, maintenance préventive, bons de travaux				X	X																				
	Transports logistiques cuisine, pharmacie						X	X	X	X	X	X														
	Fonction restauration : approvisionnement, stocks, repas du soir et de fête						X				X	X														
	Administration : standard, courrier											X	X													
	pharmacie à usage intérieur et convention pharmacie de ville à Nueil																X	X	X	X	X	X				
	temps équipe médico-technique																X	X	X	X	X	X				
	Gestion Ressources Humaines : plannings, notations, remplacements, formation										X	X	X	X	X	X										
PREPARATION ET PARTICIPATION DU PERSONNEL DE LA MAPA NUEL	premières rencontres du personnel et entretiens d'évaluation		X																							
	entretiens individuels pour fonctions supprimées à la MAPA : cuisine- secrétariat			X																						
	Réunions préparation fusion : logistique, soins, instances, administration				X	X	X																			
	Fiche de poste et visite du service fonctions intégrées dans l'hôpital : cuisine- secrétariat										X															
	Visites dans l'hôpital : rencontre Administration, personnel										X															
COMMUNICATION ET INFORMATIONS SUR L'OPERATION DE FUSION	réunions résidents et familles MAPA			X																						
	information en réunion de Direction hebdomadaire hôpital Doué		X				X																			
	information équipe médico- technique, Administration : réunions et entretiens										X															
	information des contractants MAPA pour révision éventuelle des conditions						X																			
	information résidents MAPA (réunion, livret accueil), et hôpital (ateliers, journal, livre!)												X	X	X											
	information personnel hôpital : la Rubrique													X	X											
	communication info à la presse (lors d'une animation commune des résidents?)														X											
	informations sur la vie des deux sites (journal, animations communes)															X	X	X	X	X	X					

- Annexe 4: extrait du livret d'accueil du résident de la nouvelle entité juridique après regroupement de l'hôpital local et de la maison de retraite

Hôpital local de Doué la Fontaine
 30 Ter rue Saint François - BP 39
 49700 Doué la Fontaine



Plan

- Maison de Retraite
- Médecine et soins de suite
- Bâtiments généraux

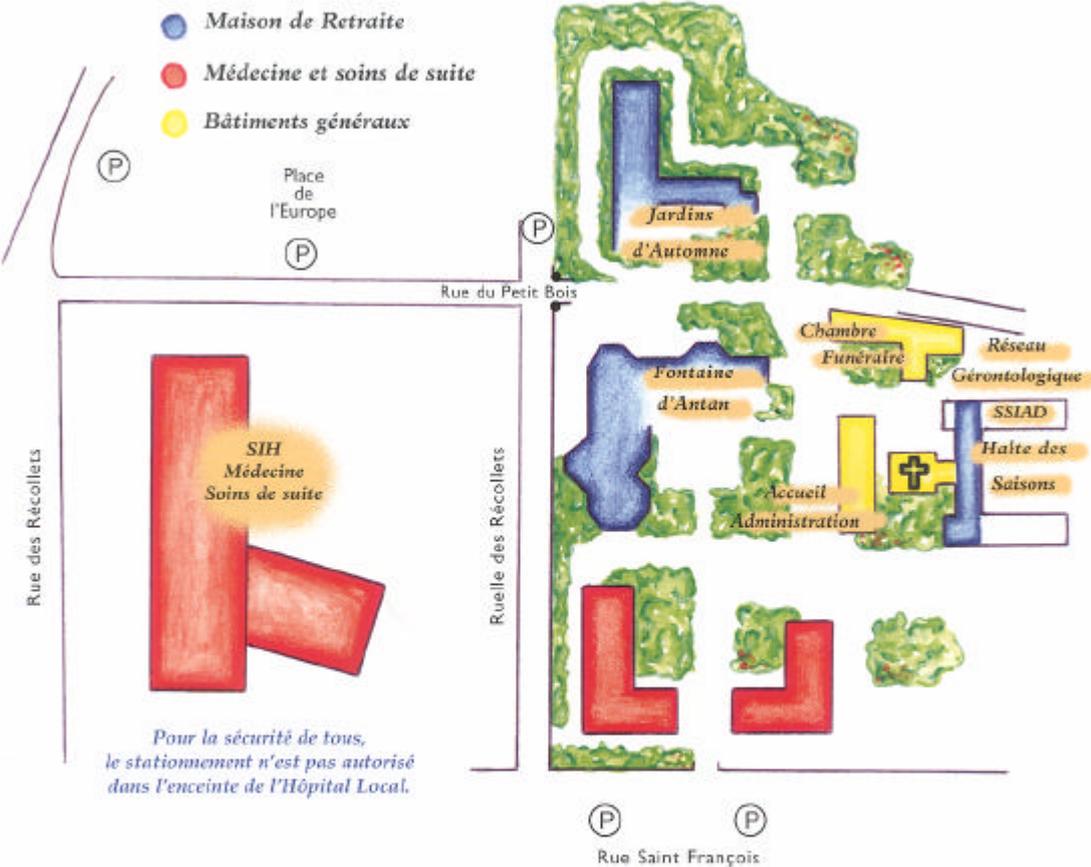
Place de l'Europe

Rue du Petit Bois

Rue des Récollets

Ruelle des Récollets

Rue Saint François



Pour la sécurité de tous, le stationnement n'est pas autorisé dans l'enceinte de l'Hôpital Local.



Maison de retraite "La Pensée du Layon"
 10, rue du Châtelier
 49560 Nueil/Layon



La Maison de Retraite

La Maison de Retraite fait partie intégrante de l'Hôpital Local de Doué la Fontaine.

Elle est composée de quatre services :

sur le site de Doué la Fontaine :

- La Fontaine d'Antan (99 lits)
- Les Jardins d'Automne (81 lits)

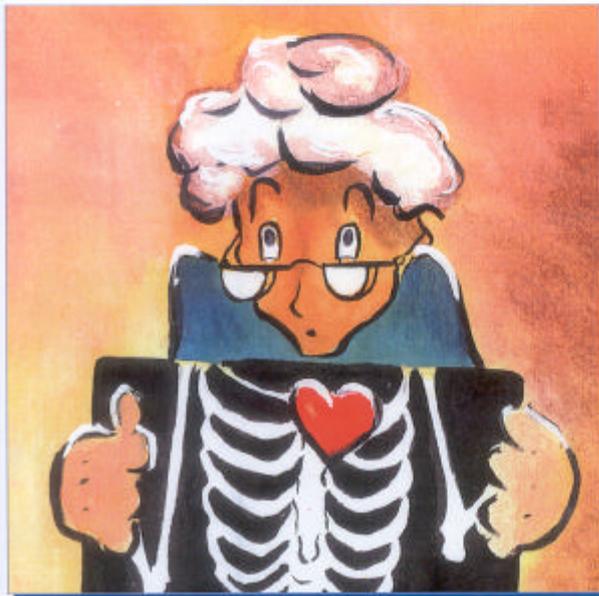
sur le site de Nueil/Layon :

- La Pensée du Layon (40 lits)

Dans ces trois secteurs d'hébergement, les chambres meublées sont considérées comme votre domicile.

Nous accueillons des personnes âgées dont la déficience et/ou l'état de santé ne leur permet plus d'assurer les actes élémentaires de la vie.

- **La Halte des Saisons (10 lits) sur le site de Doué la Fontaine est un service d'hébergement temporaire où les personnes âgées qui souhaitent un séjour programmé, peuvent réserver une chambre pour une durée de huit jours à trois mois.**



Pendant toute la durée de votre séjour, vous conservez le choix de votre médecin traitant.

Cette liberté de choix s'applique également en cas de recours aux services d'un cabinet de soins dentaires, d'un ambulancier... Vous indiquerez les noms lors de votre arrivée.

Vous pouvez solliciter les services d'un coiffeur, d'un podologue... autorisés à exercer dans l'Etablissement.

La prise en charge de ces prestations vous incombera.

Vous bénéficierez des services de la pharmacie de l'Hôpital.