



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire et
social public**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : ***décembre 2008***

**Le management participatif dans les
établissements sanitaires, sociaux et
médico-sociaux : l'exemple de l'EHPAD
Mont-Le Roux**

Virginie CHAPIN

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mon maître de stage, Monsieur Alain VANDERPLANCKE, directeur de l'EHPAD Mont-Le Roux, pour sa confiance, le temps qu'il m'a consacré lors de nos échanges, la transmission de ses connaissances et son professionnalisme. Il m'a continuellement soutenu et conseillé pendant huit mois, dans l'apprentissage du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S).

Je remercie également tout le personnel de l'EHPAD Mont-Le Roux pour leur gentillesse. J'adresse un remerciement tout particulier aux personnes avec lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler lors de mes différentes missions et celles qui ont gentiment accepté de participer à des entretiens dans le cadre de mon mémoire.

J'adresse mes remerciements à mes proches, familles et amis, pour leur soutien et leur relecture.

Enfin, une pensée pour Monsieur Grégory AUBRY, qui a accepté de me recevoir en entretien dans le cadre de mon mémoire et qui m'a particulièrement encouragé pendant cette période de rédaction. Ses conseils, ses commentaires (et sa bonne humeur) m'ont été très précieux.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA NOTION DE MANAGEMENT	5
1.1 L'HISTORIQUE ET L'EVOLUTION DE CE CONCEPT.....	5
1.1.1 Des périodes archaïques et antiques à la veille de la Révolution industrielle	5
1.1.2 La rationalité des théories lors de la révolution industrielle du début du XX ^e siècle ..	8
1.2 LA DELIMITATION DU DOMAINE DU MANAGEMENT	11
1.2.1 Une définition constructiviste du management	11
1.2.2 La classification des modes de management	15
2 L'EXERCICE DU MANAGEMENT DANS LES ESSMS	21
2.1 LA MULTIPLICITE DES DOMAINES D'ACTION.....	21
2.1.1 L'exemple de l'EHPAD Mont-Le Roux	21
2.1.2 D'autres exemples de management participatif dans les ESSMS	26
2.2 UN MANAGEMENT PLEBISCITE MALGRE DES DIFFICULTES PERSISTANTES	30
2.2.1 Les avantages et inconvénients du management participatif	30
2.2.2 Mes missions pendant le stage long	33
3 LES AMELIORATIONS ENVISAGEABLES	37
3.1 LA PRECONISATION D'UN MANAGEMENT SITUATIONNEL.....	37
3.1.1 L'adaptation du management au contexte et aux individus	37
3.1.2 La compatibilité avec le choix principal d'appliquer un mode de management participatif	38
3.1.3 La formation à l'exercice quotidien du management.....	40
3.2 VERS UN ETABLISSEMENT « APPRENANT ET ECOUTANT »	42
3.2.1 Un modèle à renouveler de manière constante	42
3.2.2 La formation du personnel.....	43
3.2.3 La nécessité pour l'établissement d'instaurer une communication efficiente	45
3.2.4 La participation des familles des résidents.....	47
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AMP : aide médico-psychologique

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

CA : conseil d'administration

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CTE : comité technique d'établissement

CVS : conseil de la vie sociale

D3S : directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

EDS : enquête de satisfaction

EHESP : école des hautes études en santé publique

EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

ESSMS : établissement sanitaire, social et médico-social

IDE : infirmier diplômé d'Etat

ISO : international standardisation organisation (organisation internationale de normalisation)

PME : petites et moyennes entreprises

Introduction

L'enjeu principal de la société actuelle, de ses entreprises, de ses administrations et encore plus des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) est de faire face à une profonde mutation dans le profil de leur public, notamment concernant les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : les résidents qui entrent dans ce type de structure sont désormais de plus en plus âgés (la moyenne d'âge de l'entrée en institution dépasse largement les 80 ans), grabataires et/ou présentent des pathologies qui alourdissent considérablement la prise en charge. Ces établissements doivent, par conséquent, adapter leur architecture et faire évoluer les compétences de leurs personnels pour assurer au mieux leur mission auprès de ce public fragilisé. Dans le cadre des nouvelles législations qui mettent l'accent sur le développement de la démarche qualité dans les établissements, la prise en compte des droits et libertés du résident¹, de nouvelles contraintes se sont alors ajoutées, à charge pour les établissements de les intégrer dans leurs perspectives d'évolution.

Ces enjeux sont plus facilement affrontés par les organisations réactives. Or, la réactivité suppose que non seulement les directions, mais l'ensemble des équipes d'une structure soient sensibles aux évolutions et aux attentes de l'environnement et sachent réagir. L'ESSMS d'aujourd'hui doit être capable de s'organiser en interne, de s'évaluer et de s'autoréguler en conséquence. Il existe un potentiel au sein de ces établissements qu'il est possible de maintenir et même pertinent de développer, mais cela suppose un volontarisme sous-tendu par une approche à la fois éthique et réaliste des problèmes et difficultés de notre époque. Le questionnement actuel pourrait être le suivant : comment ajuster en permanence les missions des ESSMS à l'ensemble des évolutions que nous connaissons et allons connaître ? Quels sont les changements fondamentaux à réaliser ? Quels mécanismes d'ajustement et d'autocontrôle permanents devons-nous mettre en place et surtout comment faire pour que les personnels des ESSMS se mobilisent autour de ces nécessités et des objectifs qui en découlent ?

La capacité de susciter l'adhésion et la mobilisation des énergies et des compétences de ses collaborateurs et des équipes, de manière générale, va devenir la première des compétences requises d'un directeur. Le nouveau directeur/manager doit savoir construire, maintenir et animer une équipe performante. Pour cela, il doit devenir un manager-leader et exercer un leadership capable de susciter et de protéger l'interactivité,

¹ La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

les échanges, la discussion et la négociation au sein de l'équipe. L'autorité ressentie comme légitime contribue à l'instauration d'un leadership mais cela ne suffit pas. Contrairement à certaines définitions données à ce terme d'origine anglo-saxonne, exercer un véritable leadership, c'est être capable de susciter la participation volontaire des personnes et des groupes dans le sens de la réalisation des objectifs de l'organisation. Mais alors, la question centrale serait de savoir comment mobiliser le personnel si on les considère comme des individus, libres justement de ne pas s'investir dans des tâches qu'il ne considère pas faire partie de leurs fonctions habituelles.

Il est évident que développer des compétences dans ce domaine est un atout indéniable pour le dirigeant d'un ESSMS. Mais le problème se situe à un autre niveau, à l'heure actuelle, car de simple habileté managériale, ce savoir-faire et savoir-être devient désormais stratégique, dès lors qu'il s'agit d'accompagner le changement. Même si le changement a toujours existé (la société ne cesse d'évoluer), le fait que la société paraît s'engager dans un mouvement durable de changements accélérés et imprévisibles est, en revanche, totalement nouveau.

En tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), cette problématique concernant le management des personnels me paraît nettement indissociable de la fonction. La confrontation aux évolutions de la société étant inéluctable, un directeur devra nécessairement mettre en place une dynamique du changement dans sa structure. Un cercle vertueux pourra alors se créer par la mise en œuvre de processus de projets et de réunions de travail auxquels le personnel devra impérativement adhérer, au risque de voir ces projets rester lettre morte. La mise en place d'un mode de management assurant la participation et à terme l'adhésion de tous doit permettre à l'ESSMS de s'adapter, faire face aux évolutions de la société sur le long terme. Parmi tous les styles de management existant, le mode participatif semble correspondre aux besoins de l'ESSMS actuel.

Afin de répondre à nos diverses interrogations, il importe, en tout premier lieu, d'analyser, de manière globale, la notion de management (I). La deuxième partie de l'analyse consistera à retranscrire et comprendre les pratiques exercées sur mon lieu de stage de professionnalisation – l'EHPAD Mont-Le Roux –, ainsi que celles exercées par d'autres D3S, qui ont accepté de me recevoir en entretiens (II). Par suite, des pistes d'améliorations pourront, en dernier lieu, être envisagées (III).

Méthodologie

J'ai effectué mon stage de professionnalisation de huit mois au sein de l'EHPAD Mont-Le Roux, situé dans le département du Finistère (29). Cet établissement de 169 lits est dirigé depuis le 1^{er} janvier 2006 par Monsieur Alain VANDERPLANCKE. Après avoir procédé à l'analyse de l'évolution du public accueilli par l'établissement (de plus en plus grabataire et accompagné de pathologies telles que la maladie d'Alzheimer par exemple), des besoins du secteur et des potentialités de prise en charge de ce nouveau public, de nombreux chantiers ont été entrepris dès le début de l'année 2007 et ils se sont poursuivis tout au long de mon stage. On peut ainsi citer comme projets de grande envergure :

- La création d'une unité dite « protégée », pour être en mesure de faire face à la prise en charge spécifique et individualisée des personnes âgées déambulantes désorientées (cela concerne notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer mais également les pathologies apparentées).
Cette unité s'est créée au sein d'un service existant, sans demande de moyens supplémentaires, et notamment en moyens humains. Cependant, cette unité bénéficie d'un personnel qualifié et formé à ce type de prise en charge spécifique ;
- La construction d'un nouveau bâtiment dans le prolongement de la structure existante, afin de réduire le nombre de chambres doubles. L'établissement comptera ainsi en 2009, non plus 35 mais 11 chambres doubles, grâce à la construction de 24 nouvelles chambres individuelles.

Ces projets ont suscité une certaine effervescence au sein de l'établissement et plus particulièrement pour le personnel qui s'est confronté à d'importants bouleversements touchant l'organisation du travail en général mais également leurs pratiques professionnelles. Dans cet environnement, la direction et l'encadrement ont choisi de favoriser les réunions et les rencontres avec et entre le personnel. Dans ce contexte, j'ai souhaité réfléchir de manière globale au mode de management qu'un directeur d'ESSMS devait instaurer dans son établissement pour permettre à ce dernier d'évoluer et de s'adapter en temps réel aux besoins de la population environnante. Concrètement, quel est le mode de management le plus adapté à nos ESSMS ? Et surtout, le management participatif est-il le style de management optimal pour faire face au changement ?

Pour répondre à cette problématique, la lecture d'ouvrages et d'articles dans les revues spécialisées, consacrés au thème du management, m'a tout d'abord permis de définir cette notion de management (qui reste encore très fluctuante), de comprendre son

évolution et surtout de déterminer les raisons qui ont justifié l'introduction de ce concept dans les ESSMS.

Cependant, ces lectures ne pouvaient pas m'apporter l'aspect pratique de la mise en œuvre du management dans le secteur sanitaire, social et médico-social. Des entretiens avec plusieurs directeurs² se sont donc avérés nécessaires. Outre mon maître de stage, directeur de l'EHPAD Mont-Le Roux, j'ai été amenée à solliciter un autre directeur d'EHPAD (directeur depuis cinq ans de son établissement) et un directeur d'hôpital local (directeur depuis presque trois ans sur ce poste). Ces entretiens avaient pour objectif de me faire connaître la conception propre du management que ces directeurs peuvent avoir et plus particulièrement du management participatif, au travers de leurs expériences. Je souhaitais connaître les processus de mise en œuvre qu'ils avaient employés, les différents points qu'ils considéraient comme des réussites mais également les difficultés auxquelles ils avaient été confrontés. Enfin, les entretiens se sont terminés par des questions sur les préconisations ou axes d'amélioration et d'optimisation des formes de management employées dans leurs établissements.

J'ai également choisi de m'entretenir avec des agents de mon établissement³, lieu de stage, pour avoir le point de vue de ceux qui ont été confrontés à un changement dans le style de management de la direction et de l'encadrement et plus particulièrement à la mise en œuvre d'un mode de management de type participatif. L'intérêt de l'entretien résidait, selon moi, sur l'éventuelle différence de perception entre ce que la direction estime avoir mis en œuvre avec le mode de management participatif et ce qui est réellement perçu par le personnel de l'établissement. Ces entretiens permettent également de faire émerger des axes potentiels d'amélioration, qui sont nécessairement tournés vers le pragmatisme, inhérent aux personnels qui sont au plus près du résident.

Enfin, au cours de mon stage long, j'ai pu assister concrètement à des actions de management participatif mises en œuvre par mon maître de stage et l'encadrement, et ceci plus spécifiquement à l'occasion d'observations directes. Cette technique devait me permettre de constater d'éventuels décalages entre le discours des acteurs concernés par les actions de management participatif du personnel et la réalité observable sur le terrain.

² Cf. la grille d'entretien des D3S en annexe I

³ Cf. la grille d'entretien des deux agents de mon établissement, lieu de stage, en annexe II

1 LA NOTION DE MANAGEMENT

Il s'agit ici de voir comment ce concept a émergé et a su s'imposer dans le monde de l'entreprise notamment, ainsi que dans le secteur public par la suite.

1.1 L'HISTORIQUE ET L'EVOLUTION DE CE CONCEPT

Les sources des méthodes modernes de management sont ancrées dès la naissance des relations de travail entre les individus mais on ne trouve leurs traces qu'à partir de l'époque antique.

1.1.1 Des périodes archaïques et antiques à la veille de la Révolution industrielle

La nécessité du management organisationnel a été ressentie très tôt dans l'histoire, et les techniques classiques ont été inventées il y a longtemps. L'idée d'organiser le travail d'une façon rationnelle, de se répartir les tâches, de les coordonner entre elles, de façon à gagner du temps et en efficacité a probablement émergé dès les premières collaborations de travail. Le rassemblement de ces méthodes autour d'une vocation et probablement d'une fonction unique, qui ne s'appelait pas encore le management mais qui en avait presque toutes les composantes, remonte à l'Egypte antique. On en retrouverait même des traces dans des textes sumériens d'il y a 5000 ans.

A) Le pragmatisme des outils de base aux débuts du management

Il n'est pas inintéressant de recenser, à travers la littérature spécialisée et les écrits de l'histoire spécialisée ou non, tous les outils de management que nos ancêtres avaient découverts et appliqués, depuis les temps les plus anciens. On se rend compte, avec la liste qui suit, que l'on n'a pas découvert grand-chose avec le management moderne, si ce n'est, comme on le verra ensuite, des applications différenciées à des situations diversifiées. On retrouve, dans toute l'histoire des organisations, des méthodes et des stratégies d'organisation interne qui s'apparentent tout à fait aux théories classiques et modernes du siècle dernier.

Aux périodes archaïque et antique, la naissance du management illustre aussi celle des concepts organisationnels les plus modernes. Apparaissent dès 3000 ans avant J.-C. sur les chantiers de construction de l'époque :

- La planification (prévision des tâches à accomplir pour un objectif donné) ;

- L'organisation (répartition par individu des tâches à effectuer, et coordination des tâches entre elles dans un objectif donné) ;
- Le contrôle (détermination des objectifs de chacun, fixation de critères et vérification).

Or la planification, l'organisation et le contrôle constitueront les grands standards du management dans la première partie du XX^e siècle, sous l'impulsion entre autres de Peter Drucker⁴ et de Henry Mintzberg⁵.

On voit poindre vers 1750 ans avant J.-C., initiée par le roi Hammourabi, sixième roi de Babylone, la notion d'un salaire minimum, tandis que les primes au rendement naissent sous le roi Nabuchodonosor II, souverain de Babylone vers 600 avant J.-C., avec les premières circulations d'argent et les premières organisations capitalistiques décentralisées. Ainsi, naissent là les premiers principes tayloriens⁶ et fordien⁷, relayés ensuite par les grandes organisations financières et boursières.

La spécialisation, comme source du rendement, est établie par Platon (environ 400 ans avant J.-C.) dans sa *République*⁸, comme un prolongement social de sa « méthode de division », qui consiste à diviser l'objet que l'on cherche à définir en procédant à l'analyse des espèces et des différences qu'il contient. Ce projet annonce bien sûr la division taylorienne du travail, décrite ensuite à de nombreuses reprises.

B) L'époque médiévale et la place prépondérante de l'Etat

A l'époque médiévale, de nombreux modes de management organisationnel s'observent et seront repris jusqu'à nos jours. Ainsi, dès le XIII^e siècle, dans les arsenaux de Venise, apparaît la fameuse production en chaîne, que préconisera plus tard et mettra en œuvre Henry Ford⁹.

Entre le XV^e et le XVIII^e siècle se met en place un peu partout en France la division des processus de production. Colbert, Sully et Vauban, de leur côté, vont chacun illustrer des aspects éclatants du management moderne :

⁴ Peter DRUCKER. *La pratique du management ; La pratique de la direction d'entreprise.*

⁵ Henry MINTZBERG. *Le pouvoir dans les organisations.*

⁶ F. TAYLOR (1856-1915) était un ingénieur américain qui a mis en application l'organisation scientifique du travail.

⁷ H. FORD (1863-1947) a créé un mode de production en série et un modèle économique fondé sur des salaires élevés.

⁸ PLATON. *République*, livre III.

⁹ Ibid.

- Le centralisme hiérarchique d'Etat, doublé de contrôles stricts, mis en œuvre par Colbert¹⁰, rappelle les modèles préconisés par Henri Fayol¹¹ puis Adam Smith¹² ;
- Le modèle de collecte des impôts selon Sully¹³, à la fois très décliné par délégation et étroitement surveillé par des enregistrements, évoque la rigueur administrative moderne décrite par Michel Crozier¹⁴ dans son modèle bureaucratique français ;
- Le management des grands chantiers navals par Vauban¹⁵, fondé sur des méthodes de travail de type « diagnostic – plan – budgétisation – exécution – contrôle », et surtout sur des « descriptions de poste », rappelle la dynamique managériale selon Drucker¹⁶, et annonce les premiers référentiels des démarches qualité fondées sur les référentiels « international standardisation organisation » (ISO).

On voit ainsi à quel point le management des organisations est une préoccupation ancienne. Dès qu'ont été constituées les premières unités de production, se sont posées à leurs gestionnaires les questions fondamentales de la productivité et, peu après, celles de la motivation. Le management moderne ne fait que reprendre les mêmes interrogations, en les confrontant aux circonstances actuelles, marquées en particulier par le rétrécissement des espaces et du temps, et par la prolifération des communications et des technologies.

De manière générale, il est également intéressant de noter que, dès les temps anciens, la question de la place prise ou à prendre par l'Etat ou par l'autorité réglementaire est fondamentale dans l'approche de l'économie.

D'un côté, le rôle de l'Etat est déterminant, comme dans le colbertisme. Il prend directement en compte les innovations et s'implique dans leur application. Il joue aussi un rôle d'intervenant majeur au sein des entreprises privées ou de leurs embryons de l'époque en définissant et en contrôlant leurs objectifs, en attribuant des moyens, ou en freinant les autorisations permettant de produire, le tout à partir d'une position centrale (et souvent déjà parisienne) qui inscrit le développement dans le cadre de la politique générale de l'autorité royale.

¹⁰ J-B. COLBERT (1619-1683) était en charge des finances sous le règne de Louis XIV. Il développe le commerce et l'industrie par de nombreuses interventions de l'Etat.

¹¹ H. FAYOL. *Administration industrielle et générale*.

¹² A. SMITH. *Richesse des nations*, Livre V.

¹³ Le Duc de SULLY (1559-1641) était un des ministres du roi Henri IV.

¹⁴ M. CROZIER, *Le Phénomène bureaucratique*

¹⁵ Le seigneur de VAUBAN (1633-1707) était maréchal de France sous le règne de Louis XIV

¹⁶ Ibid.

D'un autre côté, l'Etat tient seulement un rôle de facilitateur pour les entrepreneurs privés, intervenant en régulateur des excès majeurs, mais en laissant la libre entreprise (ou son embryon) se développer, dans la mesure où elle ne remet pas en question l'autorité centrale et la collecte des impôts royaux.

1.1.2 La rationalité des théories lors de la révolution industrielle du début du XX^e siècle

Le début du XX^e siècle est une période de foisonnement intellectuel, liée à l'explosion du machinisme et de la production industrielle de masse. De nouveaux principes de management voient alors le jour.

Dans son modèle, Frederick W. Taylor¹⁷ prône que le management se structure autour d'une « organisation scientifique du travail », marquée par :

- Le respect d'une hiérarchie claire ;
- L'unité de commandement ;
- La répartition des tâches entre routine et initiative liée à la ligne hiérarchique ;
- La spécialisation organisationnelle des postes ;
- Le « one best way », c'est-à-dire le relevé « scientifique » des procédures destinées à gagner du temps et donc de la productivité, stimulé par des salaires au rendement et des primes de motivation.

Avec l'ingénieur français Henri Fayol¹⁸, le management devient la maîtrise des activités clés de l'entreprise, parmi lesquelles la fonction administrative ou « de direction » (que l'on peut traduire aujourd'hui par le terme de « management »). Cette dernière comprend cinq leviers : la prévoyance, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle.

Enfin, pour le sociologue allemand Max Weber¹⁹, le management est marqué par des notions de rationalisation, et des outils tels que le respect des normes, les procédures et la mesure des compétences.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ M. WEBER (1864-1920) a mené des recherches notamment sur le processus de rationalisation.

A) La primauté des valeurs dans l'approche « humaniste » de l'immédiate après-guerre

a) *La question de la motivation de l'homme au travail*

On découvre, entre autres, avec Abraham Maslow²⁰ que l'appartenance au groupe, l'attention qu'on lui porte, fait avancer le travailleur au moins aussi vite que le salaire. Les principes de cette école qui place l'humain au centre des préoccupations sont globalement la prise en compte du désir de reconnaissance, l'importance de l'organisation informelle, l'organisation vivante distincte du projet qu'on a conçu pour elle, etc.

Des outils de management en découlent logiquement :

- Le groupe motivé : recherche de la coopération et de l'intégration dans le groupe ;
- La responsabilisation : accent sur la responsabilité plus que sur le contrôle ;
- Les interactions positives : importance des rapports individu - organisation.

Les différentes écoles qui ont suivi ont amélioré ou développé ces principes humanistes de la motivation et de l'« être au monde du groupe », sous l'influence notamment de la psychologie sociale – Douglas McGregor²¹ avec sa fameuse « théorie XY » –, de la « psychologie dynamique » – Kurt Lewin²² –, et de la psychanalyse.

b) *Les tentatives de concilier les démarches rationnelles pragmatiques et la prise en compte des facteurs humains*

Dans des écoles de pensée plus modernes, les outils majeurs que l'on remarque sont :

- La coordination pragmatique des activités ;
- La direction par objectifs ;
- La décentralisation coordonnée.

Ces principes se révèlent dans les courants qui composent ce que l'on peut appeler le « néo-classicisme » (ou encore « néo-rationalisme »).

On y trouve notamment les écoles sociotechniques, inspirées des travaux du Tavistock Institute of Human Relations de Londres, dans les années 1950, qui ont mis l'accent sur les aspects suivants :

²⁰ A. MASLOW. *Devenir le meilleur de soi-même.*

²¹ D. MCGREGOR. *The Human Side of Enterprise.*

²² K. LEWIN (1890-1947) était un psychologue à qui l'on doit l'expression « dynamique de groupe » et qui a mené divers travaux sur la recherche-action.

- L'efficacité du travail en petits groupes (« small groups management ») ;
- La prise en compte des interactions sociales, techniques et environnementales ;
- Le souci d'enrichissement des tâches.

De leur côté, les écoles socio-économiques, inspirées notamment par l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), ont été attentives aux conditions matérielles du travail, et ont développé notamment :

- La notion de participation des salariés à l'amélioration de leur situation ;
- Le management des comportements au travail et de leurs « coûts cachés ».

B) Les synthèses systémiques et psycho-sociétales

Les écoles de management inspirées des concepts systémiques, avec entre autres Edgar Morin²³, ont souligné l'importance des notions, applicables en management :

- De complexité (définissable par le nombre et la variété des relations entre les éléments d'un système) ;
- D'interrelations (notion soulignant les effets réciproques inéluctables des actions des éléments entre eux) ;
- De systèmes d'action (topographie et dynamique des échanges au sein d'un système défini) ;
- D'analyse des flux (informations et énergies concourant au même but relatif) ;
- Etc.

Les écoles sociologiques, quant à elles, mettent davantage l'accent sur des approches différenciées :

- Approche fonctionnaliste : inspirée des modèles informatiques, cette approche est centrée sur les fonctionnalités des sous-systèmes ainsi que sur leur utilité apparente et recherchée dans un plan stratégique de management ;
- Approche stratégique : ce mode d'analyse des relations fondées sur la recherche de pouvoir a été initié par les travaux de Michel Crozier²⁴ notamment ;
- Approche identitaire : cette école souligne la démarche constante d'identification et de personnalisation des acteurs dans un système;
- Approche communautaire : elle revisite les notions de classe sociale, de collectifs d'intérêts, de défense des positions élitistes, notamment avec Pierre Bourdieu²⁵.

²³ E. MORIN. *Introduction à la pensée complexe*

²⁴ Ibid.

²⁵ P. BOURDIEU. *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*.

Certaines de ces écoles reprennent aujourd'hui de la vigueur avec une opérationnalisation accrue de leurs théories de base. Mais la simple observation des modes de management actuels pratiqués par un grand nombre de directeurs d'établissements montre que chacun bâtit son propre système, s'inspirant de tel ou tel outil conceptuel et organisationnel selon les circonstances, et ne se risque plus à se référer à une école ou à un modèle, sous peine d'être rapidement pris en défaut par les faits. Toutefois, nous entendons de plus en plus et à n'importe quel propos parler de « management ». Or, on ne fait pas du management simplement parce qu'on le décide. Parfois, le management peut aussi consister à ne pas décider. Le fait est que, dès que l'on aborde cette notion de management, une réflexion sur son sens et une recherche de définition s'imposent aussitôt, que ce soit dans une approche formative ou pour qualifier à juste propos sa pratique.

1.2 LA DELIMITATION DU DOMAINE DU MANAGEMENT

Cette définition s'est construite au fil des diverses approches que l'on peut avoir de la notion, afin d'aboutir à une classification des différents modes de management.

1.2.1 Une définition constructiviste du management

Le terme de management est passé dans le langage courant sans aucun détour. Il a fait l'objet de nombreux aménagements, pour donner lieu à des définitions très éloignées les unes des autres. En réalité, c'est peut-être une bonne chose, car la polysémie du terme permet à chacun d'y donner le sens qu'il souhaite et qui lui convient. La contrepartie de la mouvance du terme est qu'il ne peut plus donner lieu à une seule définition, qui constituerait une seule référence technique unique. Entendre tel ou tel directeur d'établissement dire qu'il « fait du management » ne peut plus signifier, aujourd'hui, autre chose que le simple fait qu'il effectue son travail. Simplement, il le fait à sa manière, selon ses propres convictions, ses connaissances et sa compréhension personnelles.

Cependant, afin de déterminer les contours de cette notion, à défaut de la définir précisément, il est utile de s'appuyer sur des définitions techniques du management, et de se référer à l'étymologie et aux origines. L'histoire de cette notion de management nous a permis de comprendre qu'en réalité, rien de nouveau n'est apparu lorsque l'on a « découvert » le management dans les années 1950.

A) « Première définition » du terme de management

En anglais, *to manage* signifie réussir à faire quelque chose, ce qui revient à dire : arriver à un résultat malgré tout, à se « débrouiller ». Jacques Piveteau²⁶ proposait cette formule : « managers, ménagères : même combat ». Cette comparaison pourrait signifier que faire du management ce serait faire du ménage. Si l'on évoque ainsi le fait de ranger ce qui doit l'être à sa place, de nettoyer pour rendre propre et clair, de permettre la meilleure utilisation des ustensiles pour la cuisine et la vie quotidienne, alors la formule n'est pas mauvaise. Il faut ainsi rappeler qu'au XVI^e siècle, « ménagement » signifiait disposer avec soin, régler avec soin et adresse²⁷. En revanche, si l'on entend par « faire le ménage » mettre à la poubelle ce qui est inutile ou nuisible, alors bien sûr l'analogie est insuffisante et rappelle en particulier ce que l'on appelle dans l'entreprise privée le fait de « rationaliser » le travail, c'est-à-dire notamment de réduire les effectifs, ce qui serait extrêmement réducteur.

De cette « première définition », nous retiendrons que le manager est un utilisateur du « système D ». Manager, c'est arriver à s'en sortir quelle que soit la situation. Bien sûr, cette formule simple est un peu provocatrice ; il convient d'aller un peu plus loin. Cependant, elle a le mérite de mettre l'accent davantage sur les résultats que sur la méthode, et sur le terrain, on regardera avec plus d'attention les premiers que la seconde.

B) Le management, une façon de faire fonctionner l'organisation

Il s'agit, dans cette deuxième approche de la notion de management, de faire fonctionner correctement les règles, les procédures, la vie collective, etc. Concrètement, pour le dirigeant, cela veut dire porter son regard sur tous les aspects de la vie organisationnelle, pouvoir intervenir partout chaque fois que cela est nécessaire. Le manager est donc un « problem solver »²⁸.

Le management vise à inverser le sens des problématiques, en créant des opportunités à partir des obstacles. La définition que donne Bernard Galambaud du management peut être discutée ici. Selon lui, la fonction du management serait de viser à « transformer du travail en performance ». L'expression est à retenir, dans le sens où manager veut bien dire orienter et coordonner le travail pour qu'il aille dans un sens voulu, aux fins de répondre au mieux à des objectifs qualitatifs et quantitatifs.

²⁶ J. PIVETEAU. *Mais comment peut-on être manager ?*, p.50

²⁷ cf. le dictionnaire *Le Petit Robert*

²⁸ E. DELAVALLÉE, *Le manager idéal n'existe pas*. p.33

Cependant, toute l'ambiguïté et tout l'enjeu d'une telle définition résident dans la nature de l'objectif que l'on définit, et le niveau où l'on met le curseur. La performance est un concept qui reste relatif. L'art du management réside bien dans l'harmonie entre l'impulsion qu'il donne et maintient et les énergies présentes dans l'organisation, qui d'une façon ou d'une autre s'accorderont pour faire avancer les choses.

Le management, qui est « l'organe spécifique et distinctif de toute organisation », selon Peter Drucker²⁹, comporte une certaine gravité en soi. Elle suppose une obligation d'assumer et d'aller jusqu'au bout de ses responsabilités.

C) Le management ne répond à aucune science exacte

Il n'est guère d'autres professions dans lesquelles une part aussi importante soit laissée à l'intuition. On connaît quelques paramètres de résultats dans le monde social et médico-social en particulier : une gestion équilibrée, l'absence de troubles sociaux, des relations saines avec les autorités de contrôle, et des rapports sereins avec les usagers et leurs familles. Quant aux moyens d'y arriver, du moment qu'ils respectent les réglementations en vigueur et l'ordre public, on laissera au manager le soin de les apprécier. Il y a donc place pour l'intuition, l'expérience, la détermination et l'imagination ; c'est ce qui fait de cette fonction à la fois un risque et le sujet d'un intérêt permanent. Tout leader (commandant militaire, père supérieur, capitaine d'équipe...) pratique une forme de management, parfois de façon inconsciente, sans conceptualisation, sans stratégie réfléchie, mais en référence à une culture propre. J.R. Loubat³⁰ définit le management comme « l'art de mobiliser les hommes pour atteindre un objectif commun ». Ainsi, le manager propose des choix, décide parmi des incertitudes, arbitre entre des intérêts, cherche à gagner la satisfaction des usagers, et pour cela, il fixe des objectifs.

Ces objectifs doivent être visibles et à la portée de tous ; ou bien, pour évoquer une terminologie bien connue dans le monde industriel, ils doivent être « S.M.A.R.T. », c'est-à-dire spécifiques, mesurables, ambitieux, réalistes, et inscrits dans le temps. C'est un exercice périlleux pour les managers du champ sanitaire, social et médico-social de se demander en permanence quels sont les objectifs suivis, et s'ils sont pour tous les intéressés, à la fois :

- spécifiques (c'est-à-dire particuliers à l'établissement et à sa nature, et pas simplement théoriques et généraux) ;

²⁹ Ibid.

³⁰ JR. LOUBAT. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*.

- mesurables (c'est-à-dire assortis de critères objectifs qui permettront de savoir s'ils sont ou non atteints, et dans quelle mesure) ;
- ambitieux (c'est-à-dire dépassant la simple routine pour ouvrir des voies de progrès qui puissent éveiller l'enthousiasme et l'engagement) ;
- réalistes (c'est-à-dire qui puissent raisonnablement être atteints compte tenu des ressources en présence) ;
- inscrits dans le temps (c'est-à-dire assortis de limites ou d'indicateurs dans le temps, de façon à pouvoir estimer les résultats et, le cas échéant, à réorienter l'activité).

D) L'existence indéniable d'un lien entre l'exercice du management et le style personnel du manager

L'exercice du management consiste à organiser les énergies et les résistances, pour qu'elles aillent de la meilleure façon possible dans le sens des objectifs. Pour cela, le manager intervient directement et personnellement sur les hommes et sur les situations. Dans la pratique, s'exprimeront donc visiblement le caractère du manager, ses valeurs, son idéologie. On soulignera cependant deux observations qui viennent moduler ou compléter cette évidence.

Tout d'abord, le style du manager rencontrera une force antagoniste au moins aussi importante que sa propre volonté : celle de la culture de l'établissement. En effet, un directeur nouvellement arrivé ne doit jamais négliger cet élément. Pour s'imprégner de sa nouvelle fonction, il devra analyser les préalables du poste qu'il va occuper et le directeur précédent en fait partie car il a laissé sa marque et son style et il a été décrié ou apprécié. Par conséquent, le successeur sera attendu pour assurer la continuité ou promouvoir le changement et c'est en fonction de cette particularité qu'il devra adapter son mode de management, tout au moins dans les premiers mois.

Ainsi, arrivant dans un nouvel établissement, un dirigeant dont le caractère affirmé l'amène à adopter très vite des positions de fermeté peut se retrouver confronté sans heurt direct à la non-application de ses directives, ou bien à des résistances qui lui semblent déplacées. La raison en est que l'institution, habituée depuis longtemps à des modes de management plus laxistes, offre peu de prise à un radical changement de style de direction. Sous peine de blocage, il faudra que les deux approches s'harmonisent afin que les objectifs avancent vers leur finalisation. C'est la découverte de cette interaction fondamentale entre la personnalité du dirigeant et le système organisationnel qui rendent caduques les tentations de classification caractérologiques, et autres descriptions savantes mais hypothétiques de la « psychologie du chef ». Le psychologue Fritz Redl,

plus connu pour ses travaux sur l'enfant agressif, avait ainsi tenté en 1942 de définir les composantes de la personnalité théorique d'un chef, et d'en tirer les enseignements pour la sélection, l'éducation ou la formation de personnels.

S'il est vrai que des grandes tendances plutôt favorables ou non à tenir une fonction de direction peuvent être mises au jour, comme la capacité de faire appel à son autorité naturelle, le goût du leadership, ou la propension à rechercher les consensus les plus dynamiques, l'expérience et l'observation ont pu démontrer régulièrement que, selon les situations, les personnes mettent plus ou moins en avant certaines des caractéristiques de leur personnalité. Parfois, de façon étonnante, une personne au caractère généralement effacé peut se révéler un excellent chef dans des circonstances extrêmes, tandis qu'un individu apparemment fort de caractère peut échouer à diriger des équipes réticentes à l'autorité et en attente de dialogue. De même, des circonstances extérieures au dirigeant et à l'équipe, par exemple le changement d'un agrément, l'accueil d'un résident à la pathologie particulière, ou bien une nouvelle réglementation inattendue, peuvent venir complètement modifier l'ambiance générale et bousculer les interactions au point de contrecarrer totalement le management engagé. Un ensemble de facteurs en interactions doivent donc être pris en compte, parmi lesquels la personnalité du dirigeant n'est qu'un élément circonstanciel parmi d'autres.

Sous un autre angle, on peut aussi repérer dans les pratiques managériales des grands types de choix, des familles de décisions fondées sur des valeurs socles parfois inconscientes, et qui permettent de définir des grandes catégories de direction. Le manager du monde sanitaire, social et médico-social qui réfléchit sur son exercice doit pouvoir qualifier sa pratique en se référant à certaines de ces distinctions, ne serait-ce que pour se repérer ou réfléchir aux impacts de ses attitudes sur son environnement.

1.2.2 La classification des modes de management

A) Différentes approches retenant quatre principaux styles de management

Il existe de nombreuses façons d'identifier, de qualifier, de classer les diverses façons de concevoir et d'appliquer le management des hommes au travail. La plupart des modèles théoriques tiennent compte des composantes personnelles du dirigeant et de ses collaborateurs et du contexte professionnel essentiellement conditionné par la nature de l'activité, la structure organisationnelle et les pressions de l'environnement.

Ainsi, les travaux du psychologue Kurt Lewin³¹ au début du XX^e siècle et de ceux qui l'ont suivi ont permis de repérer cinq grands standards des styles de management :

- La directivité (consistant à déployer un management vertical, fondé sur l'autorité) ;
- La démocratie (on aura tendance à prendre l'avis des intéressés avant toute décision, et à les associer systématiquement avant toute mise en œuvre) ;
- La contractualisation (on établira de préférence des relations fondées sur l'échange d'avantages, assurant la réciprocité des traitements) ;
- Le relationnel (on échangera largement et avec beaucoup de personnes avant de prendre sa décision, qu'on fera passer par des contacts personnalisés, et qu'on suivra de près avec les intéressés) ;
- Et le laisser-faire (style nettement mis en cause par Lewin pour des raisons évidentes de laxisme, de fausse démocratie, de défaut de cadrage, etc.).

Dans le contexte auquel on s'intéresse, on retiendra plutôt une approche basée sur le croisement de deux variables fondamentales du comportement managérial. Nous portons sur les deux extrémités opposées d'un axe, respectivement, une forte et une faible attention portée à la personne, et, à l'identique, sur un autre axe croisant le premier une forte et une faible attention portée à la tâche. Par ce croisement, nous obtenons quatre quadrants reflétant quatre modes de management³², plus aisément identifiables que ceux issus des travaux de Kurt Lewin :

- Le directif ;
- Le participatif ;
- Le persuasif ;
- Le déléguant.

Le mode directif manifeste une forte attention portée à la tâche conjuguée avec une faible attention portée à la personne du collaborateur. A l'opposé, le mode participatif est caractérisé par une forte attention centrée sur la personne du collaborateur et par une faible attention portée à la tâche. Dans les deux autres quadrants, peuvent être placés le management de style persuasif, caractérisé par une forte attention portée à la tâche et à la personne, et, à son opposé, le déléguant qui apporte une faible attention à la tâche et à la personne.

³¹ Ibid.

³² Cf. l'annexe III

B) La mise en œuvre d'un management participatif : une particularité des ESSMS

La démarche participative, parce qu'elle place l'acteur au centre de ses préoccupations, apparaît, au niveau opérationnel et au niveau éthique, comme étant un axe majeur du management individuel ; le mode déléguant étant celui où le niveau de participation est le plus élevé, alors que le niveau d'intervention du dirigeant est le plus bas. Pour créer et animer des équipes performantes, il faut savoir utiliser pleinement les compétences individuelles et la force du groupe, et cela passe par l'adoption d'un management de mode participatif.

Le management participatif peut être défini comme « un processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation [...]. Il passe donc par le développement de l'autonomie formelle des managers dans un cadre cohérent avec les finalités globales de l'entreprise, ce qui les conduit à participer activement à certaines missions de management »³³.

Ce mode de management a fait ses preuves en matière d'efficacité et se trouve plutôt mieux adapté qu'un autre style de management aux organisations complexes développant des activités diverses, dans lesquelles nous pouvons ranger les ESSMS.

Dans ces établissements, ce type de management s'inscrit de surcroît dans un courant éthique et national. L'idée de participation est une idée française, et plus spécifique à la culture des ESSMS. Elle a commencé son enracinement progressif à travers les dispositifs législatifs et réglementaires prévoyant la concertation et/ou l'association, à des degrés divers, de représentants du personnel à la gestion des établissements (comité technique d'établissement (CTE)³⁴, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)³⁵, représentation du personnel dans les conseils d'administrations (CA)...). Mais les directions ont souvent pratiqué une concertation plus large que ne le prévoyaient les textes (commission de formation, groupes de travail spécifiques associant le personnel...).

³³ P. HARMEL, cité in H. LETEURTRE. *Traité de gestion hospitalière*, p.248

³⁴ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;
Décret n°2003-802 du 26 août 2003 ;
Circulaire n°2003-333 du 7 juillet 2003 ;
Décret n°2007-1239 du 20 août 2007 ;
Décret n°2007-1242 du 21 août 2007.

³⁵ Loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 ;
Décret n°85-946 du 16 août 1985

Le saut qualitatif de cette pratique concertative à la démarche participative est encouragé par les recommandations explicites et implicites des autorités de contrôle et de la « doctrine »³⁶. Les processus d'élaboration des projets d'établissement ont été l'occasion dans les établissements de la mise en acte pédagogique de cette démarche. La démarche accréditative a identifié des référentiels de gestion des ressources humaines incitant à l'organisation et à l'intégration de ce mode de management à tous les niveaux. Aussi « il semble qu'aujourd'hui, le management participatif a bien toutes les raisons de devenir le mode dominant des gestions des hommes et des institutions »³⁷.

A l'heure actuelle, on pourrait avoir l'impression que l'on parle beaucoup du management participatif mais qu'on le pratique peu. Il est donc essentiel de se pencher sur l'évolution contemporaine du management de type participatif. Une majorité d'établissements affirment avoir mis en place des démarches de type participatif au-delà des exigences réglementaires. La plupart des expériences datent déjà de la fin des années 1980 et du début des années 1990, mais le concept a, selon toute vraisemblance, été réellement accepté depuis moins d'une dizaine d'années, et il n'est pas forcément toujours bien compris. Une façon de ne pas réussir un changement est, en effet, de placer en lui des attentes trop fortes et de négliger le processus de sa conduite. Le management participatif tient d'autant plus de chances de se développer s'il est remis à sa place de concept opérationnel et non de remède à l'ensemble des dysfonctionnements de l'ESSMS.

C) Comparaison avec les pays européens

Il est intéressant de se pencher sur les concepts et pratiques de nos voisins européens, en ce qui concerne le management participatif. Une constante se dégage : le caractère participatif a suivi le même type d'évolution qu'en France et imprègne également le secteur de la santé dans des pays tels que la Grande-Bretagne, l'Espagne, le Danemark ou encore la Suisse³⁸.

³⁶ Cf. notamment la recommandation R157 de l'Organisation internationale du travail du 21 juin 1977 ;

Note d'information DGAS/ 5Bn°2004-96 du 3 mars 2004

³⁷ H. LETEURTRE. *Traité de gestion hospitalière*

³⁸ A. BICHOT, C. BOYER, D. BOUFFORT. *Le management participatif dans les institutions sanitaires et sociales en France et en Europe*, p.17

Ainsi, on relève, en Grande-Bretagne, tant au niveau de la direction générale qu'au niveau des services de soins, le souci de structurer des équipes de direction pluridisciplinaires, associant étroitement, et sur la même base, médecins, personnels infirmiers et administration. De la même manière, ont été constituées des « aires de soins » (« areas ») regroupant plusieurs services d'une même discipline et ayant à leur tête leurs propres responsables médicaux, infirmiers et administratifs, qui font que l'hôpital apparaît davantage comme la somme de petits centres plutôt que comme un organisme unique. Ainsi existe ce que l'on pourrait appeler un « département » de médecine, un « département » de chirurgie dont la mission est de veiller à la cohésion des différents services qui le composent, puisque ces derniers disposent d'une certaine autonomie de gestion. C'est ainsi que chaque année, sont déterminés au niveau de chaque service, des objectifs à atteindre en matière d'activité, de moyens en personnel, d'investissement et de résultats espérés, objectifs dont on reconnaît qu'ils ne peuvent être respectés sans « l'accord », la participation, la valorisation, la formation et le bien-être du personnel.

Mais l'expérience espagnole révèle une autre richesse : depuis 1978, elle a adjoint à la direction par objectif un système de gratification immédiate et tangible qui s'ajoute à l'autonomie de chaque service pour les achats et le contact avec les fournisseurs. Ce système dit des « stimulants » consiste à laisser à l'unité concernée le bénéfice et la décision de répartir les économies de gestion dégagées (à qualité égale), étant entendue que 75% doit en être affecté à l'investissement dans le service et 25% dans la formation du personnel. Par la suite, ont été également mises en place des procédures de « stimulants » destinées à valoriser les augmentations de productivité et d'activité, donc de ressources pour l'établissement et de qualité.

On peut également évoquer le mode de direction des hôpitaux au Danemark, qui comme les autres pays scandinaves présente des distances hiérarchiques plus réduites et une tendance naturelle à la concertation. Celui-ci est caractérisé par l'existence d'un directoire, composé d'un directeur administratif, d'un médecin et d'un infirmier. Les décisions prises par ce directoire doivent l'être avec l'accord complet de ses membres. En cas de difficultés, c'est l'administrateur qui prend la responsabilité de trancher, mais cela arrive rarement : il agirait dans ce cas comme un directeur général, mais c'est un poste qui n'existe pas.

Pour terminer, la notion de « projet partagé » proposée en Suisse, est particulièrement significative. Il s'agit, selon son auteur, le Professeur Cuendet de l'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, d'« un document écrit, mis au point de manière participative, qui résume les ambitions collectives des partenaires, simple dans son intitulé, mais assez

vaste dans ses objectifs pour que chacun s'y retrouve, qui puisse guider et inspirer l'action de chacun à l'hôpital moyennant, le cas échéant une formation adéquate ». Ambitieux dans ses institutions, le « projet partagé » vise à ouvrir l'hôpital, à briser les cloisons étanches entre les services et les corporatismes, pour permettre une mobilisation de tous les talents. Il s'agit pour chaque hôpital de se montrer attractif sur le plan du climat et de l'ambiance. Ainsi, le défi est important pour les dirigeants et les cadres : obtenir la satisfaction humaine (côté collaborateur) et le succès de l'hôpital (côté clientèle).

Bien diriger dans ces conditions réclame un équilibre entre les cinq exigences suivantes :

- Une culture donnant un sens au travail ;
- Une gestion particulièrement dynamique ;
- Des conditions de travail favorables ;
- Des chefs pourvus de qualités humaines ;
- Et une structuration et une répartition intelligente des tâches.

Après avoir rappelé les origines de la notion de management, et avoir tenté de définir les contours de cette notion en l'état actuel des choses, il importe de s'attacher à l'application de cette notion dans plusieurs établissements, dont celui qui a été mon lieu de stage de professionnalisation.

2 L'EXERCICE DU MANAGEMENT DANS LES ESSMS

Cette partie sera consacrée aux différents entretiens que j'ai pu avoir avec mon maître de stage, le directeur d'un hôpital local ainsi que le directeur d'un autre EHPAD. Ce qui m'a particulièrement frappée, c'est la richesse des domaines où les différents directeurs avaient réussi à mettre en œuvre une forme de management participatif.

2.1 LA MULTIPLICITE DES DOMAINES D'ACTION

2.1.1 L'exemple de l'EHPAD Mont-Le Roux

A) La réunion de cadres mensuelle

Depuis le 11 janvier 2008, une réunion mensuelle a été instaurée et regroupe le directeur, la cadre de santé ainsi que l'ensemble des responsables de services, c'est-à-dire :

- La cuisine ;
- La blanchisserie ;
- Le service technique ;
- La sécurité ;
- L'animation ;
- L'accueil de jour ;
- La kinésithérapeute ;
- L'ergothérapeute ;
- Un infirmier diplômé d'Etat (IDE) ;
- Un agent de l'arboretum ;
- Un agent de l'administration ;
- La psychologue en charge des résidents de l'unité protégée et de leurs familles, du personnel de l'établissement et des bénévoles ;
- La psychologue en charge des autres résidents de l'établissement et de leurs familles.

L'arrivée de la nouvelle cadre en décembre 2007, l'ouverture d'une unité « protégée » accueillant les personnes âgées déambulantes et désorientées ainsi que le lancement des opérations de travaux de la construction d'un nouveau bâtiment de 24 chambres individuelles ont impulsé une dynamique de changement au sein de l'établissement tant

au niveau de la nouvelle organisation des services que de l'évaluation de la prise en charge des résidents.

Le directeur a alors souhaité instaurer un rendez-vous avec le personnel encadrant afin de fournir, à intervalles réguliers, une information claire et transparente sur les évolutions et changements que peuvent connaître l'établissement. Cependant, cette réunion ne devait pas se résumer à un simple discours informatif du directeur envers une partie du personnel. L'objectif était d'amener les représentants des différents corps de métiers qui concourent à assurer la santé et le bien-être du résident à se rencontrer et à discuter ensemble des difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs fonctions. Ces personnels n'avaient jamais eu l'occasion de se rassembler pour discuter de leurs fonctions et cette réunion a permis, pour la plupart d'entre eux, de découvrir le métier de l'autre. L'amélioration des rapports est depuis flagrante entre le service technique et les services soignants notamment, mais aussi entre les services soignants et les personnels paramédicaux.

Après six mois de fonctionnement, le directeur a pu constater que de nombreux conflits naissants ont ainsi pu être désamorcés lors de ces réunions, car chacun dispose d'un temps de parole égal. Chaque responsable peut également poser des questions au directeur, qui peut y répondre immédiatement ou qui s'efforce d'y répondre à la réunion suivante. Les inquiétudes du personnel peuvent parvenir jusqu'à la direction au travers de cette réunion et le directeur peut alors agir et adapter son attitude en fonction de cette situation, comme par exemple, organiser des réunions dans un service en particulier ou recevoir des agents qui posent de réels difficultés aux responsables des services.

B) Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est le domaine par excellence où le management participatif trouve toute sa mesure et son utilité. Concernant celui de l'EHPAD Mont-Le Roux, un consultant extérieur avait été recruté et des groupes de travail, constitués de personnels volontaires, avaient entrepris la démarche.

De ces groupes ont émergé tout un travail d'état des lieux du fonctionnement de l'établissement et des projets pour les cinq années suivantes. Cependant, il est vite ressorti de mes entretiens que des difficultés ont suivi la diffusion de ces projets dans l'établissement. En effet, plusieurs agents de l'établissement appartenant aux groupes de

travail se sont plaints d'avoir fait l'objet de remarques négatives et de « reproches » de la part d'agents extérieurs aux groupes de travail.

Les deux agents interrogés ont expliqué qu'on leur reprochait un manque de légitimité, qu'ils n'avaient pas réellement retranscrit les besoins des services et les améliorations envisagées par les équipes dans la prise en charge des résidents. Pourtant, ces personnes avaient été choisies sur la base du volontariat et les travaux réalisés avaient été transmis aux équipes afin qu'elles en discutent et qu'elles fassent remonter d'éventuelles modifications aux membres des groupes de travail.

Il faut savoir qu'à l'époque où cette démarche a été entreprise, l'établissement connaissait un intérim de direction de plusieurs mois. A son arrivée, le directeur de l'EHPAD, mon maître de stage, doit alors lui-même faire face à un intérim de plus d'un an pour le poste de cadre de santé. Cette période de transition précédant l'arrivée d'une nouvelle direction et de la cadre de santé a particulièrement pesé sur les démarches de participation du personnel car il manquait « un relai » qui serait venu appuyer et « légitimer » leur travail. Les agents ont souligné que l'absence de la direction et du cadre avait été décisive lors du lancement de la démarche de projet d'établissement.

Cette hypothèse s'est confirmée par la suite, car suite à l'arrivée du nouveau directeur et de la cadre de santé a fortiori, les groupes de travail ont sereinement repris leurs activités et le projet d'établissement a abouti.

- C) Les diverses commissions (hôtelière, animation, coordination sociale, unité protégée, accueil de jour, linge)

Différentes instances sont réunies tout au long de l'année et ont toutes pour objectif l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux résidents de l'établissement. Les agents y sont particulièrement attachés car ils considèrent que cela leur permet de réellement adapter la prise en charge du résident en fonction de ses besoins et par conséquent, de véritablement l'individualiser. Ainsi, on peut répertorier des commissions actives sur divers thèmes :

- La commission hôtelière se réunit deux fois par mois et elle se compose du directeur, de la cadre de santé, d'une des psychologues, du responsable de la cuisine, d'un agent de chacun des quatre services de l'établissement, d'un agent du service animation et parfois d'une infirmière. Les résidents sont invités à participer mais il est rare qu'ils acceptent de parler devant l'ensemble des

personnes présentes et ils préfèrent le plus souvent en parler à un agent au moment du repas.

L'objectif est de faire remonter au service de la cuisine le ressenti des résidents sur les menus (ce qui a été apprécié ou non), afin de les modifier ou des adapter. Cette commission peut paraître un peu « monotone » selon les agents car elle consiste à lire et discuter des menus mais elle permet, d'un autre côté, aux cuisiniers d'être plus réactifs face aux souhaits des résidents pour les repas, qui restent un moment très privilégié dans la structure ;

- La commission animation se réunit une fois par mois et réunit le directeur, la cadre de santé, les deux psychologues, un représentant de la cuisine, de l'animation, une infirmière et un référent « animation » de chaque service de soins. Cette instance créée en début d'année répond à une préoccupation des services et une demande récurrente des familles³⁹.

L'objectif est d'établir une véritable planification des activités au sein des services de soins et des activités extérieures, en faisant remonter les souhaits des résidents et de permettre à tous de connaître les activités prévues pour le mois suivant ;

- La réunion de coordination sociale a lieu une fois par semaine en alternance dans un des quatre services de soins. Elle réunit le directeur, la cadre, les référents de trois résidents et l'infirmière du service ainsi que les paramédicaux. Les cas de trois résidents sont analysés par les équipes et des objectifs à atteindre sont déterminés, adaptés ou évalués ;
- La commission de l'unité protégée a été créée en juin 2008 et elle réunit la cadre de santé, le médecin coordonnateur, les équipes soignantes de l'unité « protégée » ainsi que les référents des autres services. L'objectif est de vérifier si les personnes présentes dans l'unité répondent toujours aux critères nécessaires pour intégrer l'unité et si des résidents d'autres services présentent ces mêmes critères, afin de les inscrire sur une sorte de « liste d'attente ». La réunion a lieu une fois par mois afin d'être réactif et d'adapter la prise en charge des résidents.

³⁹ La demande d'activités supplémentaires et de diversification des animations résultait de l'enquête de satisfaction (EDS) que j'ai mené sur l'établissement, fin 2007-début 2008.

- La commission accueil de jour se réunit trois fois par an et se compose du directeur, de la cadre de santé, d'un infirmier, de référents « accueil de jour » de chaque service de soins, de la psychologue en charge des résidents et d'un agent de l'accueil de jour. L'accueil de jour prend en charge des personnes extérieures à l'établissement en priorité, mais selon les places disponibles restantes, il reçoit également des résidents de l'établissement. Cette instance vise à faire le bilan des activités réalisées, de la nécessité de poursuivre cette prise en charge spécifique pour les résidents concernés de l'établissement.
 - La commission linge a été rétablie cette année⁴⁰. Il est prévu deux réunions par an. Cette instance se compose du directeur, de la cadre de santé, du responsable de la blanchisserie et des référents « linge » de chaque service. L'objectif est ici de rechercher l'amélioration du traitement du linge dans l'établissement, afin d'éviter la perte ou la détérioration du linge des résidents. Les souhaits des résidents et de leurs familles sont également abordés lors de ces réunions.
- D) Les groupes de travail pour le nouveau bâtiment en construction (affectation ; réorganisation des services ; choix du mobilier ; réorganisation des circuits linge, déchets)

Depuis le début de l'année 2008, les travaux de construction du bâtiment de 24 chambres individuelles ont débuté. Ce nouvel espace, sans permettre une augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement, entraîne cependant une augmentation des surfaces, en créant un prolongement de deux services sur les quatre existants. Le redéploiement des chambres doubles en chambres individuelles va nécessairement aboutir à une réorganisation des services actuels et soulève de nombreuses interrogations sur les possibilités d'affectation de ces nouvelles chambres à des publics plus spécifiques notamment.

Dans l'optique d'une ouverture officielle en septembre 2009, le directeur a souhaité, dès à présent, mettre en œuvre la participation du plus grand nombre d'acteurs autour de ce projet. C'est ainsi que différents groupes de travail ont été créés pour répondre aux multiples problématiques identifiées. Les groupes ont été formés et sont amenés à travailler chacun sur un thème particulier :

- L'affectation du bâtiment ;

⁴⁰ Au vu des résultats de l'EDS, sur la thématique du linge des résidents.

- La réorganisation des services.

Ces deux groupes se sont réunis en juin 2008 et la finalisation de leurs travaux est prévue pour septembre 2008. Ils se composent obligatoirement, en outre d'agents volontaires, du directeur, de la cadre de santé et du médecin coordonnateur de l'EHPAD.

A partir d'octobre 2008, sont prévues les réunions des autres groupes de travail, qui pourront ainsi s'appuyer sur les décisions et les choix prescrits par les deux groupes précédents. Ils auront notamment à analyser et valider :

- Le nouveau circuit du linge ;
- Le nouveau circuit des déchets ;
- Le choix du mobilier du nouveau bâtiment...

2.1.2 D'autres exemples de management participatif dans les ESSMS

Le directeur de l'hôpital local et celui d'un autre EHPAD que celui où j'ai pu réalisé mon stage de professionnalisation, ont illustré au cours de mes entretiens ce qu'ils estimaient être des exemples de réussite et des exemples d'expériences non abouties de mise en œuvre de management participatif.

A) Entretien avec le directeur d'un hôpital local

a) *Mise en place d'un comité des services de soins*⁴¹

L'objectif de cette instance est de favoriser un dialogue à double sens entre la direction et les cadres des services de soins, pour échanger sur toutes les questions liées aux prises en charge, afin de décloisonner les services. Ce comité se compose de la cadre supérieure de santé et des cinq cadres de santé, soit sept personnes avec le directeur. Ce comité des services de soins fonctionne correctement.

b) *Mise en place d'un « comité de direction »*⁴²

Cette instance a une vocation plus large que le comité des services de soins puisqu'elle réunit le directeur et les cadres intermédiaires, pour échanger sur tous les sujets généraux concernant le fonctionnement de l'établissement, dans l'optique également de

⁴¹ Sur son poste actuel de directeur d'hôpital.

⁴² Sur son actuel également.

décloisonnement des services. Ce comité se compose de tous les responsables de services (services de soins, services logistiques et services administratifs), soit une douzaine de personnes avec le directeur.

Ce comité « survit mais sans remplir le rôle » que le directeur souhaitait. Les difficultés de fonctionnement sont essentiellement liées à la persistance du cloisonnement entre les services et des rivalités individuelles qui en découlaient.

Les réunions ont lieu tous les trimestres. Elles sont l'occasion, pour le directeur, de faire le point sur les dossiers importants, afin que tous les responsables entendent la même chose au même moment et puissent relayer l'information, en évitant au maximum une déperdition ou une transformation de l'information. La déception réside dans le fait que « rares sont les cadres qui osent aborder en réunion des questions susceptibles de déboucher sur une situation conflictuelle, et les problèmes quotidiens sont donc dissimulés avec l'espoir qu'ils disparaissent d'eux-mêmes ».

A l'heure actuelle, le directeur souhaite conserver cette instance en espérant que les choses évoluent rapidement.

c) *Mise en place d'une commission « admissions »*⁴³

L'objectif de cette commission était de se prononcer de manière collégiale sur toutes les demandes d'admission déposées auprès de l'établissement, afin, par exemple, d'informer rapidement les demandeurs, du rejet de leur demande (lorsque l'état de santé de la personne était manifestement incompatible avec les contraintes organisationnelles de l'établissement, notamment si les soins imposaient la présence d'une IDE 24h/24, ce qui n'était pas le cas dans cet établissement), ou encore afin d'étudier sereinement, en amont de l'admission, les éventuelles mesures spécifiques à envisager pour pallier d'éventuelles difficultés prévisibles dans la prise en charge.

Cette commission se composait du directeur, du médecin coordonnateur, de la cadre de santé, d'une IDE, de l'animatrice et de l'aide médico-psychologique (AMP) qui rencontrait chaque « futur » résident à son domicile ou dans l'établissement dans lequel il se trouvait.

⁴³ Sur son premier poste de direction : un EHPAD.

Cette tentative n'a pas fonctionné pour plusieurs raisons :

- la nécessité de remettre régulièrement à jour les informations relatives à l'état de santé du résident ;
- la nécessité de remettre régulièrement à jour le simple maintien de la demande d'admission (les familles avertissent rarement lorsqu'ils ont trouvé une autre place pour leur parent ou que celui-ci est décédé) ;
- la lourdeur administrative de cette procédure (difficulté à réunir tous les membres à une périodicité satisfaisante) ;
- l'impression de « monologue » : seule l'AMP (parfois l'IDE) ayant rencontré le futur résident était en mesure de donner des éléments et il n'était pas envisageable que le médecin coordonnateur participe à chaque visite de pré-admission.

L'existence de cette commission avait été souhaitée par les IDE pour « sécuriser » les prises en charge. D'autres solutions ont donc été recherchées avec les IDE et il a été décidé de l'utilisation des lits d'accueil de jour et d'hébergement temporaire comme « période d'essai » à chaque fois qu'un doute ressortait de la visite et de l'étude de la demande d'admission.

d) *Création d'un « référentiel qualité gérontologique »⁴⁴*

L'objectif de cette démarche était de créer un document à double entrée :

- la définition, en équipe, d'un « idéal » qualité à atteindre dans les prises en charge, en abordant tous les aspects de cette prise en charge, du dépôt de la demande d'admission au décès du résident (ou à son départ pour un autre établissement), et en évitant de sombrer dans la définition d'objectifs qualité sans rapport avec la mission de l'établissement (étape où la présence du directeur est indispensable) ;
- la rédaction d'un document permettant l'évaluation annuelle du niveau de prestation proposé.

L'objectif parallèle de la démarche participative était vraiment d'associer des professionnels de tous les services, mais aussi quelques usagers (avec toutes les limites que cela comporte) et quelques familles (mais il y avait une seule famille intéressée).

⁴⁴ Sur son établissement de stage de professionnalisation, lors de son cursus DESS, à l'époque, à l'ENSP.

Ce travail a été mené à son terme dans de bonnes conditions et l'outil a pu être utilisé. La démarche a été une réussite, au-delà de la rédaction du référentiel, par tout ce qu'elle a pu apporter en termes de dynamique interne à l'établissement :

- meilleure connaissance des différents métiers au sein de l'établissement, et des contraintes respectives des uns et des autres ;
- meilleure communication entre les agents ;
- le référentiel est rapidement devenu un support auquel les agents faisaient référence.

Le directeur de cet établissement avait déjà initié des démarches participatives et avait multiplié les actions de formation en tous genres, « le terrain était donc préparé et favorable ».

B) Entretien avec le directeur d'un EHPAD

La discussion a essentiellement porté sur la création d'un comité il y a cinq ans et de son évolution. Dans le contexte de réorganisation des services et des chantiers importants en perspective pour l'établissement, le directeur souhaitait réunir des personnes qu'il estimait être des éléments « forts » de l'EHPAD, en étant soit des « leaders d'opinions » ou tout du moins des « personnes relais ». Ce comité est particulièrement original par sa composition, car il ne réunit pas seulement, comme c'est souvent le cas⁴⁵, les responsables des services soignants, administratifs et techniques, c'est-à-dire le personnel encadrant.

Cette spécificité dans le « recrutement des membres » a impulsé une véritable dynamique au sein de ce comité, où « la langue de bois est proscrite sans aboutir à une forme d'irrespect quel qu'il soit ». L'objectif des réunions est d'aborder les perspectives d'avenir de l'établissement et d'améliorer son fonctionnement. Cette instance doit se prononcer sur les enjeux stratégiques décidés par le directeur, mais également être une force de propositions. Jusqu'en 2007, le fonctionnement de ce groupe satisfaisait pleinement les attentes du directeur mais une sorte d'essoufflement a commencé à se faire ressentir. D'après le directeur, l'aboutissement de plusieurs chantiers importants de l'établissement serait en partie la cause de cette situation. De plus, les membres du comité ont eux-mêmes exprimé le souhait de renouveler sa composition (qui n'avait pas changé depuis la

⁴⁵ Les autres exemples cités ci-dessus de ce type de comité ou commission l'attestent.

création du comité) afin de « se reposer et de laisser la place à d'autres agents, impatientes de participer activement aux évolutions de leur établissement ».

Ce renouvellement a donc eu lieu en fin d'année dernière et la périodicité des réunions a été portée à une réunion trimestrielle et non plus mensuelle. Des sous-groupes thématiques, pouvant se réunir plus régulièrement, ont aussi vu le jour, avec l'idée de retrouver « un second souffle » pour cette instance.

Le directeur souligne, enfin, que la « légitimité de ce comité est foncièrement due à la politique de communication qui entoure les réunions ». Il faut savoir, en effet, que le directeur rédige lui-même les comptes-rendus et s'engage à les fournir aux personnes présentes et dans les services dans la semaine suivant la réunion. Cela permet, selon lui, de « contrôler le flux d'informations », au sens qu'aucune information confidentielle ne peut être divulguée (chaque membre du comité s'engage verbalement à respecter ce principe) et surtout, cela évite les erreurs d'interprétation, les rumeurs et les malentendus. En outre, les comptes-rendus sont obligatoirement lus lors des transmissions entre les équipes soignantes et lors des réunions intra-services pour les équipes administratives et techniques. Ceci est facteur de discussions et d'échanges entre les agents de l'établissement et les questions éventuelles sont nécessairement abordées lors de la réunion suivante.

2.2 UN MANAGEMENT PLEBISCITE MALGRE DES DIFFICULTES PERSISTANTES

Suite aux entretiens avec mon maître de stage, le directeur d'un hôpital local et celui d'un autre EHPAD, l'analyse des avantages et inconvénients de la démarche participative est plus évidente et j'ai tenté par la suite de la mettre en application à l'occasion des missions qui m'ont été confiées lors de mon stage de professionnalisation.

2.2.1 Les avantages et inconvénients du management participatif

Sur ces deux points, j'ai tenu également à intégrer dans cette analyse ce qui est ressorti des entretiens avec deux agents de mon établissement de stage, afin d'y ajouter un angle différent sur le même thème.

A) Les intérêts dans la mise en œuvre de cette démarche

L'intérêt principal qui ressort du management participatif est le travail en équipe multidisciplinaire et tout ce qu'il implique, et notamment la prise en compte des points de vue des professionnels provenant de corps de métiers divers et intervenant à différents stades de la prise en charge du résident. Ces professionnels apprennent alors à s'écouter les uns et les autres et à mieux appréhender les impacts de leur travail sur leurs collègues et les difficultés des fonctions de chacun. Les agents évoquent le sentiment d' « être enfin entendu et écouté » que ce soit par la direction, le personnel encadrant ou leurs collègues.

Une valorisation du travail des agents est également un point positif à mettre au crédit du management participatif. A travers leur collaboration au sein des groupes de travail notamment, ils sont effectivement responsabilisés, « reconnus pour leurs compétences et leur savoir-faire » et ils participent pleinement à l'amélioration de leur outil de travail. C'est l'idée que « l'intelligence collective est nécessairement supérieure à la somme des intelligences individuelles ». Les professionnels, dans le champ de leurs compétences, sont invités à partager le souci de préserver l'éthique de leur mission. En se sentant concernés, ils manifesteront leur engagement à travers leurs fonctions.

Ils ont ainsi le sentiment de pouvoir partager, échanger, « de réaliser un travail sur soi en équipe, qui fait évoluer la perception commune, crée du lien, permet de « faire société », de rechercher des valeurs communes, de créer une éthique, une histoire commune, des comportements collectifs et donc une certaine cohérence dans les pratiques ». « Les compétences de chacun sont exploitées au maximum, aussi bien celles liées aux expériences professionnelles que celles issues de savoirs et de ressources personnelles ». Tout ceci doit aboutir à « donner vie à leur travail, au lieu d'être un ensemble de tâches à exécuter ».

Le troisième point concerne l'adhésion et l'implication du personnel. On constate, en effet, le changement, se traduisant par des réorganisations, ou encore les politiques d'évaluation des pratiques professionnelles sont plus aisément acceptés par le personnel lorsque ce dernier a été concerné en amont par les projets. Les agents considèrent même que « se remettre en question ensemble est nécessaire pour la survie d'un service et la bonne marche de l'établissement ».

Enfin, cet exercice du management participatif est l'occasion pour la direction et l'encadrement de redonner et redéfinir régulièrement les axes des missions des ESSMS et de maîtriser les coûts de la non qualité, en facilitant la recherche rapide de solutions

adaptées à l'organisation.

B) Les difficultés dans la mise en œuvre de cette démarche

L'obstacle principal à surmonter selon les directeurs concerne essentiellement la difficulté pour mobiliser le personnel, lors de la constitution des groupes de travail et des réunions ou d'obtenir l'adhésion. Cela peut s'expliquer par le manque de motivation mais aussi par la culture de l'établissement. Le poids du passé de l'établissement est une donnée qu'il ne faut pas négliger et il importe d'entamer dans ce cas toute une démarche de communication, d'explications et d'informations dans la structure, sur cette démarche participative afin de rassurer le personnel et d'amener les agents à s'inscrire dans les projets, de leur propre initiative.

La crainte évoquée principalement par les agents s'attache au « risque de réunionnite » qui entoure souvent les nouveaux projets. Les agents considèrent que cela peut engendrer des « tensions dans les services, surtout lorsqu'il manque du personnel ». Les amalgames sont alors rapides car les agents des services estiment alors que les absences « répétées » des personnes, membres de groupes de travail, pèsent très lourdement sur le fonctionnement de l'établissement et que la qualité des prestations ne peut plus être optimale.

Il est effectivement important pour le directeur et l'encadrement de vérifier l'utilité et la pertinence de toute réunion, car les conséquences tant au niveau humain que financier sont sérieuses. Elles sont ainsi résumées par un agent : « temps passé en réunion X nombre d'agents + temps de non présence et de non prestation auprès des résidents + augmentation du sentiment d'inutilité du personnel, démotivation, démobilisation = diminution de la qualité et coûts affectés importants ». Une réunion inutile serait ainsi plus nuisible que l'absence d'une réunion.

Enfin, le dernier point évoqué est l'essoufflement, la lassitude des équipes. Ce risque a d'autant plus de chances de se réaliser quand ce sont les mêmes personnes qui participent aux différents groupes de travail et aux réunions.

2.2.2 Mes missions pendant le stage long

- A) La modification du contrat de séjour et la création du règlement de fonctionnement

Lors de mon stage long, une de mes principales missions consistait à modifier le contrat de séjour de l'EHPAD. En effet, celui en vigueur lorsque j'ai débuté mon stage long nécessitait une réactualisation importante notamment par rapport aux dernières législations concernant les droits des usagers⁴⁶.

Après en avoir discuté avec mon maître de stage, il a été décidé d'appliquer ce principe de participation du personnel et des instances pour procéder aux modifications du document. Il me semblait important, en effet, que ce contrat de séjour ne soit pas seulement un document interchangeable et applicable à tout établissement de type EHPAD. Il devait être réellement adapté à l'établissement et à la prise en charge du résident mise en œuvre à Mont-Le Roux. Il importait, tout particulièrement dans le contexte de concurrence des établissements accueillant les personnes âgées dans le secteur (notamment avec la ville de Carhaix et de Morlaix), de mettre en avant la qualité de la prise en charge des résidents de l'EHPAD.

En accord avec le directeur et la cadre de santé, j'ai constitué un groupe multidisciplinaire, afin de toucher tous les corps de métiers présents dans l'établissement et concourant à la santé et au bien-être des personnes âgées accueillies. J'ai ainsi invité à participer à une première réunion :

- La cadre de santé
- Une infirmière
- Un agent hospitalier
- L'ergothérapeute
- La kinésithérapeute
- Les deux psychologues
- Le responsable de la cuisine
- Le responsable de la blanchisserie

⁴⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004

- Deux agents de l'administration (qui géraient l'accueil des résidents et de leurs familles ainsi que la facturation)
- Un agent de l'animation
- Un agent de l'accueil de jour
- Un agent technique
- L'agent en charge de la sécurité.

Dans mon courrier d'invitation, j'ai bien évidemment présenté les objectifs de la réunion mais j'ai surtout tenu à expliciter l'intérêt d'une démarche participative et la nécessité de réunir ces différents professionnels. Etant peu habitué à ce type d'initiatives par le passé, j'ai joint à mon courrier le contrat de séjour qui était alors en vigueur mais également des éléments législatifs et réglementaires sur le contrat de séjour de manière générale, afin d'avoir une base de travail de départ lors de la réunion.

Les réunions suivantes, où pratiquement toutes les personnes sont venues et sont surtout intervenues, ont permis de refondre le contrat de séjour en un document en parfaite cohérence avec les pratiques mises en œuvre autour du résident et de sa famille au sein de la structure et avec la réglementation en vigueur.

Le directeur et les équipes tenaient essentiellement à incorporer à ce contrat, l'existence de l'unité « protégée » pour les résidents déambulants et désorientés.

Concernant le règlement de fonctionnement de l'établissement, il existait déjà au sein de l'EHPAD un règlement intérieur à l'usage des résidents et de leurs familles mais il n'était plus adapté et la nécessité de le revoir complètement s'est vite imposée. J'ai donc procédé de la même manière que pour le contrat de séjour, c'est-à-dire en invitant un groupe multidisciplinaire (une partie du groupe était le même que lors de la modification du contrat de séjour) à réfléchir sur ce document. Le travail a été ici plus laborieux étant donné que le groupe disposait d'une base de travail moins importante, mais le résultat a été optimal et nous avons réussi à intégrer des éléments spécifiques à la prise en charge des résidents.

B) La mise en œuvre d'une enquête de satisfaction

La dernière enquête de satisfaction datait de 2005. Mais elle n'avait pas été concluante car les résidents avaient très peu répondu au questionnaire. Le directeur, dans le cadre de l'amélioration de la démarche qualité, m'a chargée de mettre en œuvre une nouvelle enquête. Celle-ci devait servir, par la suite, à la cadre de santé, les responsables de

services et les équipes, comme un outil de travail avec des axes d'amélioration à envisager sur le court, moyen et plus long terme.

J'ai, tout d'abord, analysé le questionnaire de 2005 et j'ai discuté avec les personnes ayant participé à cette enquête. L'équipe d'animation avait élaboré le questionnaire et le responsable de l'équipe et l'ergothérapeute de l'établissement avaient interrogé les résidents et analysé les résultats. Avec le recul, ils ont reconnu que la grille de questions était un peu longue (110 questions) et que la fatigue des résidents avait eu raison de leur volonté d'obtenir le plus sincèrement possible le degré de satisfaction des résidents. Ils ont également été confrontés au fait que les résidents les connaissaient et qu'ils hésitaient à critiquer, à remettre en cause ou même tout simplement répondre.

De même que pour le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement, et parce que les résultats devaient servir d'outil de travail aux équipes, je voulais introduire à nouveau cette démarche participative dans la rédaction du nouveau questionnaire. La première étape a donc consisté à diminuer le nombre de questions, tout en conservant les mêmes thèmes qui étaient : l'accueil, la chambre, les soins, le repas, le linge, l'animation et la vie dans l'établissement. Pour les thèmes comme le repas, le linge et l'animation, j'ai rencontré les équipes de la cuisine, de la blanchisserie et de l'animation, afin d'établir ensemble les questions les plus pertinentes pour connaître réellement la satisfaction du résident et déterminer les points forts et les points faibles des prestations offertes par ces services. Pour les thèmes plus généraux comme l'accueil, la chambre, les soins et la vie dans l'établissement, j'ai sollicité la cadre de santé, les deux psychologues, les infirmiers et des agents de chaque service de soins, le responsable des services techniques et l'agent en charge de la sécurité.

Le questionnaire final ne comportait plus que 48 questions, réparties à peu près également entre les sept thèmes. Ce questionnaire a été ensuite transmis à la présidente et à la vice-présidente du conseil de la vie sociale (CVS), pour avis. Après avis favorable, le questionnaire a été adressé à tous les référents des résidents de l'établissement et une semaine entière a été consacrée aux entretiens avec les résidents présents⁴⁷.

160 résidents étaient présents dans l'établissement cette semaine-là mais après les avis des psychologues, de la cadre de santé et des équipes soignantes, seuls 65 résidents ont

⁴⁷ Quelques personnes hospitalisées n'ont ainsi pas pu répondre au questionnaire

été interrogés. En définitive, 107 questionnaires ont pu être analysés dont 59 questionnaires remplis par les résidents (sur 65 résidents sollicités) et 48 questionnaires remplis par les familles (sur 160 familles sollicitées). Le bilan de l'enquête de satisfaction a été dressé devant les différentes instances de l'établissement, c'est-à-dire le CVS, le CTE et le CA, mais aussi lors d'une réunion des familles organisée par le directeur (réunion informelle organisée une fois par an). Il a été ensuite transmis aux résidents, à leurs familles et aux différents responsables de services.

A partir de ce bilan, un travail de sensibilisation des équipes a été entrepris avec le responsable de la blanchisserie afin d'éviter tout incident à toutes les étapes du traitement du linge des résidents. La cadre de santé a réuni les infirmiers pour envisager les axes d'améliorations envisageables à court terme dans le domaine des soins et la notion de référent pour chaque infirmier a été retenue⁴⁸. D'autres réunions de travail sont prévues par les autres responsables de services en septembre 2008.

⁴⁸ Et plus spécifiquement, un référent soins palliatifs/gestion de la douleur car c'était un point qui ressortait également de l'EDS.

3 LES AMELIORATIONS ENVISAGEABLES

Après avoir défini ou tout du moins déterminé les contours de la notion de management et plus particulièrement du management participatif, puis en avoir explicité quelques exemples, il s'agit désormais de se tourner vers les axes d'améliorations éventuels, dans sa pratique.

3.1 LA PRECONISATION D'UN MANAGEMENT SITUATIONNEL

C'est un mode de management qui se caractérise par son adaptabilité et qui permet de réellement mettre en œuvre le management de type participatif.

3.1.1 L'adaptation du management au contexte et aux individus

Il convient, tout d'abord, de souligner que le management participatif n'est pas une panacée en soi à l'ensemble des problèmes de gestion des ressources humaines et de management des ESSMS. Il faut, par conséquent, rester réaliste. Si la participation des personnels doit être inlassablement recherchée à travers, notamment, les mécanismes de l'adhésion à des objectifs négociés et aux processus d'évaluation, il faut savoir admettre que cela n'est pas toujours possible dans tous les cas, dans tous les ESSMS, et pour toutes les catégories de personnels.

En conséquence, il est nécessaire, pour remplir les missions, de faire appel aux autres formes de management (que l'on a vu dans la première partie) plus traditionnelles, et de les articuler autour d'un management adaptatif et flexible qualifié de « situationnel », notamment au niveau de la réalité du management individuel. Cette flexibilité est un gage d'efficacité, et passe par la revalorisation de l'encadrement et de ses rôles dans le management des hommes. La direction, au travers de l'encadrement qui bénéficie d'un contact permanent avec les équipes, tient ainsi les moyens d'adapter son mode d'intervention à toutes les situations personnelles et contextuelles.

Il est important de souligner que si le management participatif a pu jusqu'à présent être considéré comme une option possible plus ou moins légitime et réaliste pour certains – voire un simple phénomène de mode –, il n'appartient pas au passé, mais au présent et à l'avenir, en tout cas dans les ESSMS. C'est même la capacité de ces établissements à instaurer cette conception, et surtout cette pratique du management, qui va conditionner leur aptitude à se confronter aux nouvelles contraintes, et, par conséquent, à assurer leur existence. L'enjeu principal de la société actuelle, de ses entreprises, de ses

administrations et encore plus de ces établissements est, en effet, d'affronter les mutations imprévisibles, l'incertain, les turbulences. Ces enjeux sont plus facilement affrontés par les organisations réactives. La réactivité suppose que non seulement les directions, mais l'ensemble des équipes, soient sensibles aux évolutions et aux attentes de l'environnement et sachent réagir.

En pratique, le manager du secteur sanitaire, social et médico-social doit s'efforcer de disposer de tous les styles possibles, de façon à pouvoir utiliser tour à tour l'un ou l'autre, selon les circonstances rencontrées. Il n'est pas question ici d'idéologie ou de choix politique, mais de pragmatisme : en temps de guerre, on n'imagine pas un officier prenant l'avis de tous ses subordonnés avant de décider d'une manœuvre, de même que l'on n'imagine pas un chantier se mettre en œuvre, sans concertation préalable des divers artisans intervenant dans la construction. Ainsi, devant une circonstance urgente, par exemple la rectification d'une situation de risque ou devant un signalement par voie de justice, le dirigeant doit être en mesure de décider rapidement et de faire exécuter sans discussion. Au contraire, lors de réalisations qui imposent une participation et un engagement collectifs, comme l'écriture d'un projet d'établissement, le maximum d'échanges possibles est requis. Il s'agit de prendre en compte scrupuleusement tous les avis (du moins de les faire tous s'exprimer et montrer qu'on les entend), et de ne s'engager que prudemment dans des choix toujours discutables.

Il n'existe donc pas de « bon » ou « mauvais » style de management, mais des attitudes adaptées ou non. Tout au plus, il serait « mauvais » de n'avoir qu'un seul style disponible, et de ne pas être en mesure de changer d'attitude lorsque les nécessités l'exigent. Exercer ce type de management suppose une grande souplesse personnelle, la possibilité de passer d'une attitude à l'autre, comme un jongleur exercé au maniement de la relation, mais aussi comme un artiste suffisamment maître de lui-même pour choisir, dans la panoplie de ses facettes, celle qui est la mieux adaptée à l'instant. Ce mode de management conduit à travailler sur soi-même pour pouvoir moduler son comportement de façon adéquate, et trouver les registres d'attitudes requis parmi ses ressources profondes.

3.1.2 La compatibilité avec le choix principal d'appliquer un mode de management participatif

Ce concept de management situationnel rappelle en fait la nécessité, par delà les modes et les choix éthiques ou stratégiques, de conserver une flexibilité des comportements managériaux. Le manager/animateur doit savoir observer le groupe, ses attitudes ainsi

que les individus avec leurs compétences et leurs limites, et choisir le mode de management ou le style de leadership le plus adapté, même si, selon les cas, il privilégie plutôt le déléguant ou le participatif. Adopter une démarche de management situationnel revient donc à rester pragmatique et réaliste, à coller aux situations, mais est compatible avec un choix volontariste et général de privilégier le participatif. Il s'agit avant tout d'une démarche pédagogique qui se propose d'accroître le degré de maturité et de compétence de ses collaborateurs. Il s'agit d'appliquer une orientation de l'action proposée par Maslow, qui préconise « le développement de la responsabilisation de tous, mais en tenant compte des capacités de chacun »⁴⁹. Cette orientation rejoint la démarche de la relation d'aide qui, avant tout, se propose de favoriser le développement de la personne.

Le mode directif et le participatif n'apparaissent plus antinomiques mais basés sur deux logiques différentes à utiliser ensemble à des doses mesurées, afin de créer l'outil d'intervention adaptée. Le manager situationnel va donc opter tour à tour, suivant le degré de maturité des groupes, suivant leur phase de construction, suivant les individus qui les composent, et au regard des objectifs et des contraintes, pour un des modes d'intervention suivants :

- Un mode plutôt directif quand les individus n'ont pas de compétences particulières sur le sujet et paraissent peu motivés, ou bien dans tous les cas, pour faire face à des circonstances exceptionnelles ;
- Un mode plutôt explicatif lorsque les individus sont motivés par le sujet, qu'ils ne disposent cependant pas de compétence particulière pour répondre à la situation, mais souhaitent se perfectionner pour y arriver ;
- Un mode participatif si les personnes ont des compétences sur le sujet, sont motivées, mais sont susceptibles de développer des points de vue divergents, ou encore quand ils ont besoin d'être soutenus dans leur motivation. Il est flagrant que nous nous trouvons ici dans la situation la plus fréquemment rencontrée dans le monde des ESSMS, au moins au niveau des équipes soignantes, administratives et techniques. Les personnels sont formés et compétents, a priori plutôt motivés par leur travail, mais naturellement enclins à faire primer leurs logiques professionnelles sur celles des autres et à céder à la démotivation si la direction et l'encadrement ne les confortent pas. Ces derniers devront donc soutenir, accompagner, négocier et arbitrer pour maintenir la cohérence de l'équipe et de la structure.
- Un mode déléguant pourrait, en théorie, être envisageable lorsque le groupe est à la fois compétent, motivé, et en accord total avec la direction et l'encadrement sur

⁴⁹ A. MASLOW. *L'accomplissement de soi*.

les objectifs et sur la manière de procéder pour les atteindre. En effet, si le groupe est capable d'intégrer les diverses logiques de l'établissement, il serait alors possible d'imaginer de passer du mode participatif au déléguant, la délégation étant le plus haut niveau de participation. Toutefois, même quand ces conditions sont remplies, la délégation n'est pas applicable réellement dans tous ses éléments, car elle se heurte à des contraintes d'ordre juridique, technique et d'éthique professionnelle. Une forme de délégation pourra être envisagée dès lors qu'une validation finale par la direction et l'encadrement demeure.

Le véritable management situationnel adapte son style d'intervention à la psychologie et au niveau réel de maturité du groupe et suivant une analyse du contexte. Vu sous cet angle, et au niveau du management individuel, il n'existe pas de rupture entre le mode directif et le mode participatif. Ainsi, tout management réaliste est bien un alliage à des proportions variables de participatif et de directif, et aucun mode de leadership ne peut se passer de la participation des acteurs concernés ni du recours restant toujours possible au directif. Un point différencie toutefois cette nouvelle conception du rôle du dirigeant, du cadre des conceptions plus traditionnelles qui a prévalu longtemps notamment dans les établissements à statut administratif public : le mode directif et autoritaire devient subsidiaire du mode participatif et non plus l'inverse.

3.1.3 La formation à l'exercice quotidien du management

Il est certes toujours possible d'apprendre des éléments techniques. Il convient même de le faire pour acquérir une qualification professionnelle suffisante, certains éléments ne passant que par l'apprentissage de notions très concrètes et indispensables. Les enseignements dispensés à l'école des hautes études en santé publique (EHESP) apportent notamment :

- Des connaissances et des compétences en stratégie et en management global ;
- La maîtrise d'outils et d'une méthodologie afin de conduire les changements requis par l'évolution des missions des directeurs.

Mais, il ne s'agit là que d'outils techniques, le plus souvent destinés à gérer des situations professionnelles bien circonscrites. L'imprévu et le spécifique, qui constituent 90% du quotidien du D3S, ne sont pas au programme de sa formation initiale ou continue.

On doit, en réalité, considérer qu'il est impossible d'atteindre un objectif précis planifié, mais qu'il est possible de créer des conditions pour supporter l'imprévisible. On initie des démarches à petits pas et on met en place des cadres favorables à l'auto-organisation. Par auto-organisation, il faut entendre une organisation qui soit capable de découvrir, par

expérimentation, les réponses nouvelles à ses problèmes et les modes de gestion adaptés aux conditions changeantes de fonctionnement auxquelles elle est soumise.

On assiste ainsi à l'émergence d'un rôle nouveau pour le directeur, devenu constructiviste, s'il décode dans le réel de l'action, les modalités de sa théorie et la réalité de son organisation. « Les choses qu'il faut avoir apprises pour les faire, c'est en les faisant que nous les apprenons » dit Aristote⁵⁰.

Cette approche paraît séduisante et à retenir pour les organisations du secteur sanitaire, social et médico-social, dans la mesure seulement où il est possible de la piloter. Nous savons, depuis Mintzberg⁵¹ par exemple, que les stratégies sont essentiellement émergentes, qu'aucun projet ne se réalise comme nous l'avions prévu, que les budgets prévisionnels sont presque par définition destinés à ne pas être tenus. Mais la projection a ceci de bon qu'elle nous tire en avant, qu'elle donne du sens et que cela ne peut pas être mauvais, notamment pour les équipes mais aussi pour les gestionnaires et les autorités de contrôle.

Bien manager un établissement requiert des capacités que l'on doit puiser jour après jour dans ses ressources personnelles, lesquelles peuvent être développées par d'autres voies que le canal cognitif. La réceptivité, l'intelligence émotionnelle, l'adaptation permanente comptent autant que la technicité ou la raison pure. De plus, le management à ce niveau s'acquiert par l'expérience : le directeur construit progressivement une attitude fondamentale face aux personnes et aux événements, qui va ressortir de manière spontanée et constituer son potentiel d'influencabilité personnel.

Pour atteindre ses objectifs, le manager doit, en effet, disposer d'un certain charisme personnel, lui permettant de transformer sa conviction en une force de persuasion sur son entourage. Les efforts qu'il aura à déployer pour trouver les arguments de nature à emporter l'adhésion de son équipe et convaincre ses interlocuteurs administratifs seront inversement proportionnels à l'impact interpersonnel qu'il exercera sur eux par la force de sa personnalité.

⁵⁰ ARISTOTE. *Ethique à Nicomaque*.

⁵¹ Ibid.

3.2 VERS UN ETABLISSEMENT « APPRENANT ET ECOOUTANT »

3.2.1 Un modèle à renouveler de manière constante

Le concept clé est le « savoir apprendre ensemble ». Alain Gautier voit dans cet enjeu « l'avantage compétitif majeur [de ceux] qui y travaillent depuis des années », et aussi « la condition clé de changements majeurs et durables, nécessaires au développement et à la régénération d'une organisation »⁵². Par extension, il s'agit d'un ressort important pour le management du changement dans les organisations sociales.

L'« organisation apprenante » s'appuie sur les interactions entre les représentations individuelles et les représentations collectives pour développer des dynamiques collectives d'apprentissage. Cette approche considère, pour un système donné, l'ensemble de sa connaissance du monde environnant comme la résultante d'un processus collectif de co-construction. Ce processus représente une clé fondamentale pour la réalisation et l'évolution d'un projet.

Le concept reste en lui-même séduisant pour les organisations à la française. Celles-ci prêtent une attention importante à la parole et à la participation des acteurs, en y voyant, souvent à juste titre, un facteur de motivation et de réussite de projets. Que chacun participe à créer la culture de l'ensemble, développant en parallèle les modalités et les moyens de son enrichissement continu, voilà une démarche démocratique et une pensée sociale en action. Il faut souligner cependant que la démarche ne doit pas négliger les dimensions subjectives à l'œuvre dans toute interaction humaine et dans tout projet de connaissance.

Par ailleurs, l'organisation apprenante suit généralement une logique descendante, l'impulsion, la formalisation et la coordination de la connaissance apprise étant souvent le fait de la direction et de l'encadrement.

L'approche des organisations apprenantes a développé dès le début une logique de pensée et d'action à contre-courant des projets de changements organisationnels unilatéraux ou dictés par une idéologie qui n'implique pas, parallèlement aux objectifs stratégiques, un changement profond des modes de pensée. Aucun changement ne peut s'acquérir de l'extérieur en vertu d'une vérité qui serait détenue par des « sachants » et qui serait à assimiler. Il se définit par l'élaboration conjointe et l'engagement personnel des acteurs appelés à le faire vivre. Comme l'exprime Michel Crozier, dans le titre d'un de

⁵² Dans la préface à son adaptation du livre *La Cinquième discipline* de Peter SENGE

ses ouvrages⁵³, le changement ne se décrète pas, il se partage. En ce sens, la démarche privilégiant l'action collégiale dans la construction nouvelle d'une connaissance qui ne serait pas prédéfinie est une démarche de type constructiviste.

Cependant, pour réussir à mettre en œuvre un management situationnel qui laisserait le plus souvent la place à un management participatif, plusieurs éléments sont indispensables et notamment un travail sur la formation du personnel.

3.2.2 La formation du personnel

La mise en œuvre du management participatif peut être freinée ou ralentie lorsque la culture et l'histoire de l'établissement ne prédisposent pas à ce genre de pratiques. Malgré le fait que la législation ait prévu la participation du personnel au processus décisionnel, au travers des diverses instances de l'établissement⁵⁴, il est encore fréquent de constater que la démarche participative n'est pas totalement acquise dans la culture des équipes soignantes, notamment. Les écoles de formation des différents corps de métiers intervenant dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'incluent pas encore, dans leur cursus, des modules qui pourraient préparer les futurs agents des établissements à faire face aux incitations de participation aux réunions

Les agents sont donc, de prime abord, circonspects voire réticents lorsqu'ils sont sollicités pour donner leur avis sur des projets ou pour participer à des réunions où leur expertise pourrait être recherchée. Ils considèrent, le plus souvent, que leur avis est sans intérêt et qu'il ne peut apporter une plus-value quelconque aux travaux de groupes.

De plus, une barrière supplémentaire existe lorsque l'on incite les agents à prendre la parole. Fréquemment, ils restent silencieux dès lors que l'on procède à un tour de table par exemple. La timidité, le manque d'assurance et « la peur de dire une bêtise » paralysent la parole des agents.

Le premier travail consistera pour le directeur et l'encadrement à sensibiliser le personnel de l'établissement sur la démarche participative, autrement dit, sa définition, ce qu'elle implique comme droits et devoirs pour les personnes concernées et surtout l'intérêt d'une telle initiative sur l'évolution des pratiques professionnelles et de la prise en charge des personnes accueillies. Il faut particulièrement insister sur le gain que peut recevoir l'agent

⁵³ M. CROZIER. *On ne change pas la société par décret.*

⁵⁴ Cf. p.17

quand il s'investit dans des tâches qui sont étrangères par nature à leurs fonctions habituelles dans la structure.

Une fois cette étape de sensibilisation réalisée, un certain nombre d'agents acceptent de s'engager dans ce type de démarche. Il s'agit alors d'accompagner ces personnes et de les soutenir régulièrement afin qu'elles soient confortées dans leurs choix et qu'elles restent mobilisées au moins le temps d'un projet spécifique et pourquoi pas dans la continuité, sur d'autres projets. Cette étape est aussi délicate que la première pour le directeur et l'encadrement car on considère, le plus souvent, qu'une fois les personnes investies sur des projets particuliers, la phase la plus préoccupante est terminée, et que tout fonctionnera correctement. Or, c'est là que le travail du directeur et du cadre de santé est essentiel, afin de recentrer les groupes de travail sur les objectifs de départ et de remobiliser les agents lors des réunions de travail.

Concernant les structures où le concept de participation du personnel est déjà en place, acquis et assimilé par le personnel, une étape supplémentaire peut être franchie dans la mise en application du mode de management participatif. En effet, le directeur et le cadre peuvent préconiser une forme de délégation sur certains dossiers, se traduisant par une autonomie réelle laissée à un agent ou un groupe d'agents de l'établissement concernant le processus d'aboutissement du projet (que ce soit le nombre de réunions à prévoir, les personnes qui doivent être sollicitées...) à condition de s'être mis d'accord, en amont, sur les objectifs et les délais impartis pour finaliser le projet. On peut alors considérer que cette forme de participation du personnel s'apparente presque à une délégation sans en être réellement une car le directeur et le cadre accompagnent nécessairement le projet tout au long de son élaboration (ne serait-ce que pour en suivre les évolutions) et assureront la validation au final du projet.

Cette forme de participation du personnel est beaucoup moins fréquente en raison des compétences exigées des agents. Il faut, en effet, avoir recours à des personnes qui disposent déjà naturellement des pré-requis dans le domaine de la communication. Mais, cela n'est pas forcément suffisant et des formations plus spécialisées et plus approfondies sur des points tels que la prise de parole en public et la conduite de réunion par exemple sont essentielles afin que le ou les agents concerné(s) puisse(nt) être en mesure de conduire un projet pratiquement dans son ensemble.

Il faut noter que lorsque cette démarche est mise en œuvre, elle est particulièrement appréciée, en ce sens que la valorisation de l'agent est maximale, tant au niveau de ses compétences intellectuelles que pratiques. Le sentiment d'appartenance à l'établissement et de participer à l'amélioration de son outil de travail est alors prégnant.

De manière générale, la formation du personnel en elle-même dans des domaines où les agents peuvent devenir des référents ou personnes ressources par la suite, au sein de l'établissement, constitue une clé importante dans la réussite de l'application du mode de management du directeur. Le fait d'interroger sa pratique, de refuser de vivre sur ses acquis et de transmettre ses nouveaux savoir-faire acquis participe de l'idée d'un établissement « apprenant » où l'agent se sentira valorisé par la reconnaissance de ses compétences et le sentiment de bénéficier d'une progression personnelle de sa carrière. De toute manière, il faut retenir qu'aucune structure ne peut évoluer si elle ne fait pas progresser ceux qui la font vivre (la confrontation à d'autres pratiques professionnelles, la participation à des colloques et pourquoi pas l'intégration à des programmes européens d'échanges sont autant d'opportunités que le directeur peut choisir).

3.2.3 La nécessité pour l'établissement d'instaurer une communication efficiente

Il faut entendre par ici que la communication doit servir l'exercice du management. Pour cela, impulser une véritable dynamique de communication est absolument nécessaire. L'intérêt est de faire transparaître les notions de transparence. La question reste de savoir ce qu'est une bonne communication et comment le directeur peut l'instaurer dans sa structure.

La communication est en réalité double :

- La communication externe : elle concerne les informations qui circulent de l'établissement vers l'extérieur et vice et versa. Il est, en effet, essentiel pour le directeur d'un établissement de maîtriser le flux des informations qui entrent et qui sortent de sa structure. Par « maîtriser », on ne doit pas entendre bloquer la circulation de l'information, ce qui serait complètement improductif. Il faut comprendre ici, l'obligation pour la direction et l'encadrement de s'assurer de la véracité des informations qui circulent afin de ne pas créer un climat tendu autour de l'établissement et a fortiori des « rumeurs ».
- La communication interne : cela concerne les informations qui circulent au sein de l'établissement. La communication institutionnelle implique une volonté non ambiguë de délivrer une information claire, loyale, et compréhensible, destinée à favoriser l'appropriation des données objectives de la structure par les professionnels. L'information est un matériau fragile, mais indispensable à la construction d'une démarche participative. Pour autant, on ne va pas confondre les sphères de responsabilités et les champs de compétences, mais cela induit toutefois que tout membre de l'institution a vocation à recevoir l'information qui lui est nécessaire, afin de comprendre les logiques de fonctionnement de

l'établissement pour être à même de travailler, par la suite, sur les évolutions à envisager à court, moyen et long termes.

Concernant plus spécifiquement la transmission de l'information de la direction et de l'encadrement vers le personnel de l'établissement, il faut s'attacher à ce que celle-ci le soit de manière régulière. Par exemple, cela peut se traduire par le suivi sérieux des réunions auxquelles participent les agents, au travers des comptes-rendus. Il s'agit d'un problème récurrent dans les ESSMS et les agents y sont particulièrement sensibles. Il est donc essentiel de vérifier et de s'assurer que ces comptes-rendus sont correctement rédigés et envoyés aux différents intervenants des réunions. Ce qui signifie également qu'ils doivent être expédiés dans des délais raisonnables, afin de permettre aux personnes ayant participé aux réunions (mais aussi aux personnes absentes) de réaliser une sorte de bilan de la réunion, d'en discuter avec leurs collègues, et surtout de préparer des questions ou de simples remarques pour la réunion suivante (ce point prend tout son sens en ce qui concerne la participation à des groupes-projets sur l'évolution de l'établissement).

La seule difficulté pour le directeur réside dans le risque d'engorgement qui pourrait se créer par la multitude d'informations dont les agents sont destinataires, et qui entraîne, par suite, la perte de l'information. Un agent me faisait ainsi remarquer que, sur leur tableau d'information, se trouvaient parfois mélangés, sans distinction, des indications sur les prochaines réunions de l'établissement, des documents sur des formations pour les équipes soignantes, des comptes-rendus de réunions, etc. Les agents se trouvaient ainsi partagés entre leur devoir de lire ses documents afin de se tenir informés et le sentiment de lassitude face à cette masse d'informations.

Pour être efficace, la transmission de l'information se doit donc d'être intelligente. Et pour éviter cet effet de masse, la mise en place d'une bonne gestion documentaire est indispensable. Ce travail doit permettre aux agents, in fine, l'accès aux bonnes informations, au bon moment et le plus rapidement possible. En effet, toutes les réunions, commissions et autres groupes de travail ne peuvent être utiles et efficaces si au préalable, l'accès aux documents relatifs aux différentes réunions antérieures n'est pas organisé. Ce travail est grandement facilité lorsque la culture de l'écrit est acquise et respectée par les agents.

3.2.4 La participation des familles des résidents

Nombre d'établissements ont longtemps fonctionné en vase clos, le management étant essentiellement concentré sur la bonne gestion des moyens, et sur l'objectif de ne mécontenter personne. Les choses ont considérablement changé ces dernières années : les nouvelles directives viennent imposer le partage des réflexions préalables aux décisions, des modes de concertation à tous les niveaux, parfois même le partage de certaines décisions⁵⁵. Cependant, un long chemin est encore nécessaire pour que l'avis des familles et des personnes hébergées soit totalement considéré et pris en compte dans la prise de décisions.

La loi du 2 janvier 2002⁵⁶ accorde ainsi une place prépondérante aux familles en les réintroduisant en quelque sorte au cœur du dispositif d'accompagnement de l'utilisateur dépendant. La loi demande notamment à ce que les familles soient directement associées aux projets personnalisés. Encore reste-t-il à déterminer les modalités que l'on choisit pour y associer les familles. Si la loi l'exige, des résistances sont encore perceptibles au sein des équipes et les situations sont multiples. Un écueil relativement fréquent se trouve dans la réflexion critique des équipes soignantes à l'égard des familles.

Par exemple, un agent, en réunion de coordination sociale, peut reprocher les initiatives de certains membres de la famille d'un résident, qui peuvent annihiler le travail de maintien de l'autonomie entrepris par l'équipe, en collaboration avec l'ergothérapeute. De leur côté, les familles portent un regard à la fois reconnaissants et méfiants sur les professionnels qui entourent leur proche, résident de l'établissement. Ils craignent qu'on leur ôte leurs prérogatives, leur privilège affectif et leur droit de décider pour celui qui n'en semble plus capable.

Dans cette problématique, il ne faut surtout pas oublier que ce sont les résidents qui sont les enjeux et parfois qui sont en jeu. Alors concrètement, comment solliciter avec le plus de justesse possible les familles dans leurs compétences, dans leurs rôles, dans leur implication dans le projet personnalisé de leur proche, dans l'esprit de la loi, sans créer d'interférence mais au contraire, en générant des alliances positives ? La loi n'est pas très explicite sur la définition de la famille « partenaire ». Celle-ci doit être impliquée, associée, alliée, mais en aucun cas il ne faut la considérer comme un partenaire au sens professionnel du terme.

⁵⁵ Cf.p.17

⁵⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il importe de jouer la carte de la transparence avec les familles, dans toute la mesure du possible, surtout lorsque l'on sait que des conflits existent souvent à l'intérieur même de la cellule familiale et qu'ils ressurgissent ou sont amplifiés par le placement d'un proche en institution. Cela signifie qu'il faut éclaircir les rôles, les dépendances possibles, les alliances nécessaires, ainsi que les risques d'interférence à éviter. Mais, il faut alors, pour cela, être capable d'entendre la culpabilité des familles, leurs demandes, et parfois les aider à gérer leurs difficultés, sans pour autant aboutir à une prise en charge thérapeutique familiale. Il faut également savoir ne pas cacher ses limites ou ses interrogations aux familles, tout en leur démontrant l'implication et l'engagement du personnel à trouver les solutions les plus adéquates.

Dans tous les cas, des alliances avec les familles sont à rechercher au maximum. Le progrès est assurément dans une nouvelle forme de prise en compte des familles, qui doivent bénéficier d'une approche particulière, au cas par cas, dans une sorte de « projet familial personnalisé ». Cela suppose une formation spécialisée dans ce domaine. Ce rôle doit, par conséquent, être dévolu à un intervenant compétent affecté à ce genre de mission, en lien étroit avec le référent du projet personnalisé du résident. L'intervention de la psychologue de l'établissement, intermédiaire naturel et déterminant entre les familles et les équipes du service, paraît toute indiquée. Il lui faut alors repérer ce qui est du ressort de l'écoute familiale et de la prise en compte nouvelle des familles dans le cadre du projet personnalisé de leur proche et ce qui pourrait glisser sur le versant des soins familiaux ou de la thérapie familiale, qui ressort d'une consultation thérapeutique spécialisée, extérieure à l'établissement.

Dans cette dimension familiale du projet personnalisé, pour que l'environnement familial du résident soit bien pris en compte, chacun doit pleinement jouer son rôle à son niveau :

- Le référent du projet personnalisé, dont le rôle serait d'articuler dans le temps et dans la logique d'ensemble les différentes interventions relatives à la personne accueillie ;
- La psychologue, dont le rôle serait de soulager autant que possible les différents niveaux de souffrance psychique de la personne concernée et de sa famille ;
- Le responsable des familles, qui pourrait être n'importe quel intervenant institutionnel formé, désigné par l'équipe sous la supervision de son responsable hiérarchique, et dont le rôle serait d'harmoniser la parole de la famille avec le discours institutionnel et les pratiques professionnelles.

Chacun devra aussi penser à articuler son action avec celles des autres, c'est-à-dire transmettre la bonne information (c'est-à-dire pas toute l'information mais l'information

utile) aux différents partenaires internes du projet personnalisé. Il est ici de la responsabilité du directeur de s'assurer que chaque intervenant remplit correctement son contrat à cet égard, et que chacun dispose bien des moyens nécessaires pour son action et pour l'articulation de cette dernière avec celle de ses collègues, intervenant sur le projet.

Conclusion

En définitive, le directeur d'un ESSMS se doit de promouvoir une gestion managériale participative dans une vision éthique claire et communicable. Il doit susciter l'engagement, fédérer les énergies de telle sorte que la participation des acteurs à l'amélioration continue de l'organisation soit une réalité. C'est une valeur centrale du management, orienté sur la qualité du service rendu à la personne. Afin d'y parvenir, le directeur n'a pas d'autres choix que, d'une part, centrer l'action sur les objectifs de l'établissement et, d'autre part, être clair et rigoureux sur la notion de pouvoir et de délégation, sur les fonctions et places de chacun, sur les prestations servies aux usagers et les droits et devoirs de ces derniers.

Le management participatif a pour vertu de valoriser les agents individuellement et collectivement et de s'appuyer sur la force de la dynamique de groupe. Il permet en cela une évolution vers une forme d'auto-organisation, nécessaire à rendre l'ESSMS suffisamment réactif pour affronter l'imprévu. Cette évolution ne peut être efficace globalement que si elle est animée par la conscience, à tous les niveaux, des buts supérieurs des missions confiées. C'est d'ailleurs pour satisfaire à cela que les finalités des ESSMS doivent être redécouvertes et redéfinies à travers des démarches participatives et consensuelles lors de l'élaboration notamment du projet d'établissement, temps fort de la vie de l'établissement.

Contrairement à ce que certains pourraient penser, tendre vers une organisation du travail fondée sur l'auto-organisation de l'établissement par les équipes n'affaiblit pas mais au contraire, renforce le rôle de la direction et de l'encadrement, leur permettant de s'attacher pleinement à la vérification des finalités des missions et de la validité des objectifs, de procéder à leurs ajustements, et d'évaluer la pertinence des processus internes destinés à les atteindre et en auto-évaluer les écarts. La traduction en actes, dans la réalité quotidienne des agents et de l'établissement, suppose aussi et surtout que le directeur et le cadre investissent pleinement leur rôle d'animateur, de leader et d'accompagnement des individus et des groupes.

Les méthodes de management développées par le directeur doivent épouser les contextes et leurs évolutions. Dans le secteur sanitaire, social et médico-social, la souplesse sera définie en fonction par exemple de la capacité à diversifier les offres de prestations de l'établissement afin de répondre aux demandes concernant des pathologies de plus en plus diversifiées et de la promptitude à s'accorder avec les différents interlocuteurs de l'ESSMS, notamment les autorités de contrôle, et leurs

exigences pour faire valoir les évolutions de la demande et des besoins locaux. Entre les deux écueils de l'immobilisme et de la dispersion, le directeur d'un ESSMS en phase avec son époque doit maintenir un perpétuel équilibre, de nature à maintenir l'établissement en éveil mais sans l'amener vers une forme d'insécurité permanente et c'est en cela que le management exercé par un D3S reste avant tout un véritable art.

Bibliographie

Ouvrages

ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*.

BOURDIEU P., PASSERON J-C., *Les Héritiers. Les étudiants et la culture*. Paris : Editions de minuit, 1964.

CROZIER M., *Le Phénomène bureaucratique*. Paris : Le Seuil, 1963.

CROZIER. M., *On ne change pas la société par décret*. Paris : Fayard, 1979

DELAVALLEE E., *Le manager idéal n'existe pas*. Editions d'Organisation, 2004.

DRUCKER P., *La pratique de la direction d'entreprise*, 1966.

DRUCKER P., *La pratique du management*, 1954.

FAYOL H., *Administration industrielle et générale*. Dunod, 1918. 160 p.

GACOIN D., *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales : enjeux, stratégies et méthodes*. Paris : Dunod, 2004. 316 p.

GONNET F. – LUCAS S., *L'hôpital en question(s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Gestion des ressources humaines, fonction cadre de santé, Editions Lamarre, 2003.272 p.

LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales : responsabilité et compétences, environnement et projets, stratégies et outil*. Dunod, 2003. 405 p.

LETEURTRE H., *Traité de gestion hospitalière*. Berger-Levrault, 1998. 926 p.

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

MASLOW A., *Devenir le meilleur de soi-même*, 1956.

MASLOW A., *L'accomplissement de soi*, 1943.

MCGREGOR D., *The Human Side of Entreprise*. Mac Graw Hill Book Company, 1960.

MINTZBERG H., *Le pouvoir dans les organisations*. Editions d'Organisation, 1986. 679 p.

MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, 2005.

PAPIN R., *L'art de diriger*. Dunod, 2006

PIVETEAU J., *Mais comment peut-on être manager ?*. INSEP édition, 1995. 252 p.

PLATON, *République*.

POILROUX R., *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires de santé*. Berger-Levrault, 2000. 269 p.

ROBBINS S. – DECENZO D. – GABILLIET P., *Management – L'essentiel des concepts et des pratiques*. Pearson Education, 2008. 523 p.

SMITH A., *Richesse des nations*.

TOUTUT J-P., *Management éthique en pratique dans les ESMS. Repères et recommandations*. Paris : Seli Arslan, 2007. 159 p.

Articles de périodiques

DAURE P.H. – LAROQUE G., « Réflexion sur la formation : formation et management des équipes dans les EHPAD et les services aux personnes », *Gérontologie et société*, 2007

DUCHAMP D., « Management participatif du changement dans les hôpitaux locaux : les paradoxes de la professionnalisation des groupes-projets », *Gestion hospitalière*, 2007/03

HART J., « Positionnez-vous », *Gestion hospitalière*, 2000/02

SIEGRIST D. – LALLEMAND D. – KARSZ S., « Dossier – éthique et management : trouver l'équilibre », *Directions*, 2005/07-08

Mémoires

BICHOT A., BOYER C., BOUFFORT D., *Le management participatif dans les institutions sanitaires et sociales en France et en Europe*. ENSP, 1988. 36 p.

Textes de loi

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1982 – Loi n°82-1097 du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1985 – Décret n°85-946 du 16 août 1985 modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'article L792 du code de santé publique et dans les syndicats interhospitaliers.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. – Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p.124, texte n°2.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003 – Circulaire n°2003-333 du 7 juillet 2003 relative aux comités techniques d'établissement des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003 – Décret n°2003-802 du 26 août 2003 relatifs aux comités techniques d'établissement institués dans certains établissements publics sociaux et médico-sociaux et pris pour l'application de l'article L. 315-13 du code de l'action sociale et des familles. *Journal officiel de la République Française*, 28 août 2003, p. 14650, texte n°18.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 – Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du

code de l'action sociale et des familles. *Journal officiel de la République Française*, 27 novembre 2004, p. 20155, texte n°30

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007 – Décret n°2007-1239 du 20 août 2007 relatif à la formation des membres des comités techniques d'établissement dans la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 22 août 2007, p.0, texte n°64.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007 – Décret n°2007-1242 du 21 août 2007 relatif à la composition et aux modalités d'élection du comité technique d'établissement institué dans certains établissements publics sociaux et médico-sociaux et modifiant le code de l'action sociale et des familles (dispositions réglementaires). *Journal officiel de la République Française*, 22 août 2007.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL – Recommandation R157 du 21 juin 1977

DGAS – Note d'information / 5B n°2004-96 du 3 mars 2004

Sites internet

www.ansm.sante.gouv.fr

www.inpes.sante.fr

Liste des annexes

Annexe I : guide pour les entretiens avec les D3S

Annexe II : guide pour les entretiens avec les deux agents de l'établissement

Annexe III : les quatre modes de management

Annexe I : guide pour les entretiens avec les D3S

- Comment définiriez-vous votre style de management ?
- Pouvez-vous me citer des exemples de votre application du management participatif ?
- Comment expliquez-vous ces réussites/ ces échecs?
- Quels sont, selon vous, les intérêts/ les difficultés dans la démarche de management participatif ?
- Quels sont pour vous les possibilités d'amélioration de cette démarche dans votre établissement ?

Annexe II : guide pour les entretiens avec les deux agents de l'établissement

- Comment définiriez-vous le mode de management mis en place dans l'établissement par la direction et l'encadrement ?
- Avez-vous déjà été sollicité dans le cadre de groupe de travail ou de réunions au sein de l'établissement ?
- Comment avez-vous ressenti cette sollicitation ?
- Selon vous, qu'est-ce qui a bien fonctionné/ qu'est-ce qui n'a pas correctement fonctionné ?
- Selon vous, dans quels domaines devrait-on obligatoirement mettre en œuvre une démarche participative ?

Annexe III : les quatre modes de management

