

ESM – Formation & Recherche en Soins
Université Paris-Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Cadre en EHPAD : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Marion CRAMER

DCS@14-15

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, Sandrine GARCIA, directeur de mémoire attentive et patiente. Elle m'a guidée en ce qui concerne la méthodologie. Elle m'a expliqué les points qui me posaient problème, m'a encouragée quand le doute s'immisçait.

Merci pour sa disponibilité : nombre de mails et SMS furent échangés.

Je remercie également les formateurs de l'ESM pour la qualité de leur enseignement, leur accompagnement lors des premiers temps de la réflexion, introduction importante dans le processus de recherche et pour le suivi régulier de ce travail qui m'a permis de me situer dans la gestion du temps. Les savoir disponibles en cas de besoin était rassurant.

Un remerciement tout particulier aux cadres qui ont accepté de me recevoir pour répondre à mes questions. Ils m'ont, bien sûr, permis de faire mon enquête. Et surtout, j'ai pris grand plaisir à échanger avec eux : ils m'ont tous apporté et également prouvé combien l'échange professionnel est enrichissant.

Merci à ma sœur, Armelle, pour la relecture : j'ai profité de ses conseils avisés en matière de choix de mot, de tournure, de concordance des temps et de logique d'articulation, et aussi de ses remarques pertinentes de non professionnelle de santé.

Enfin, merci à Bruno pour son aide à la mise en page, à l'impression, à la reliure et surtout pour son soutien constant et précieux, tout au long de ces dix mois d'études.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Cadre contextuel.....	4
1.1 Les idées issues de cette expérience.	6
2 Cadre conceptuel	8
2.1 Résistance au changement	8
2.2 Accompagnement au changement :	11
2.3 Absentéisme et ses causes.....	14
2.4 Organisation des soins, et sens des réorganisations	17
2.5 Cadre législatif.....	21
3 Question de recherche et hypothèses	26
4. Enquête.....	27
4.1 Méthodologie:.....	27
4.2 Résultats	29
4.3 Analyse	38
4.4 Synthèse.....	44
Conclusion	46
Table des annexes.....	51

Liste des abréviations

ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
ASH :	Agent Service Hospitalier
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR :	Groupes Iso Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
PAAP :	Plan d'Accueil et d'Accompagnement Personnalisé.

Introduction

Travaillant en secteur médico-social et plus précisément en EHPAD, j'ai pu éprouver les conséquences d'injonctions tutélaires à un réajustement des effectifs associé à une nécessité de réorganisation du travail : l'efficience nous était imposée, sans accompagnement aucun, laissant juste aux responsables de cet EHPAD une vague impression de culpabilité mêlée de colère et d'un sentiment d'injustice !

Comment accompagner les équipes à ce profond changement ?

Cette réorganisation imposait une évolution des pratiques professionnelles des soignants, la construction de nouvelles valeurs, d'une culture gérontologique à travailler, modifier.

N'étant pas formée aux techniques managériales, leviers d'accompagnement du changement, je me suis heurtée à une équipe, qui dans un contexte d'insécurité au travail (difficultés financières de l'établissement majorées par des informations alarmistes) s'est révélée résistante au changement. Cette équipe a été insuffisamment accompagnée pour absorber les profonds changements induits par ces injonctions.

Or le travail de rédaction de ce mémoire m'a fourni l'opportunité de réfléchir, de rechercher l'avis d'auteurs au sujet des restrictions budgétaires, de leurs causes et de leurs conséquences. Sur le même principe, j'ai étudié le rôle du cadre de santé dans cette problématique et les leviers dont il dispose pour allier efficience, accompagnement d'équipe et évolutions des pratiques professionnelles

Les concepts que j'ai choisi d'explorer sont la résistance au changement, l'accompagnement au changement, l'absentéisme et ses causes, l'organisation des soins et le sens donné aux réorganisations.

Les théories dégagées de ces lectures m'ont amenée à me poser la question suivante :
« La conduite de projet réalisée en EHPAD peut-elle amener l'équipe à développer les motivations propres à engager, initier une évolution des pratiques professionnelles ? »

C'est cette hypothèse qui a motivé l'enquête que j'ai menée auprès de cadres d'EHPAD.

Ce mémoire se compose de quatre parties :

La première a pour but de situer le contexte dont est issu mon questionnement.

La deuxième explore les concepts que j'ai identifiés comme porteurs d'éclairage au raisonnement en cours.

La troisième comporte la question de recherche.

La quatrième fait l'objet de l'enquête. S'y trouvent la méthodologie, les résultats, l'analyse et la synthèse.

1 Cadre contextuel

J'exerce la fonction d'infirmière coordinatrice dans un EHPAD de 85 lits. Cet établissement se situe dans un village icaunais d'environ 1000 habitants. Les résidents accueillis sont pour une grande part originaires du village ou des environs proches. Une partie du personnel l'est également.

L'équipe de soin de cet EHPAD est composée de 4 IDE, 18 AS et 12 ASH. Une dizaine d'agents n'ont eu aucune autre expérience professionnelle en dehors de cet établissement.

Le fonctionnement de ce dernier s'est transformé en raison d'une extension structurelle, associée à un accroissement du nombre de lits. Les réformes liées aux évolutions des politiques de santé ont ajouté au changement structurel des nécessités de réorganisation.

Les professionnels de santé qui travaillent depuis plusieurs années dans cet EHPAD expriment assez unanimement leur nostalgie de leur passé professionnel. D'après eux, la charge de travail est actuellement beaucoup plus lourde, les conditions de travail se sont donc dégradées sans augmentation du nombre d'agents formés (le personnel est recruté selon les directives d'ETP¹ préconisées par l'ARS). Ils expriment leur impossibilité à « bien » travailler, à prendre en charge comme ils le souhaiteraient les résidents. Ils rapportent souvent ce sentiment à leur perception de ne pas pouvoir être bien-traitant. Cela entre en contradiction avec leur conscience professionnelle et le profond respect qu'ils ont des résidents et avec la représentation qu'ils ont de leur métier.

L'évolution des demandes de traçabilité, des transmissions, l'introduction du système informatique et du dossier patient informatisé, le temps organisationnel, la préparation de l'évaluation externe, les mises en conformité, la sensibilisation aux bonnes pratiques majorent ce sentiment de surcharge de travail et de tâches administratives aux dépens du temps passé auprès des résidents. Le temps consacré à des tâches récemment instaurées comme le Projet d'Accueil et d'Accompagnement Personnalisé (PAAP), est perçu comme une charge supplémentaire par les infirmières qui font le recueil de données à l'entrée du résident et exposent le projet (PAAP) d'un résident par semaine à l'équipe. Les AS/ASH y voient, elles, leur temps de transmissions et d'échange transformé dans ses modalités et sont inquiètes de l'attribution qui leur est faite du rôle de référent(e). La demande de participation à des groupes de travail sur divers thèmes est aussi ressentie comme une augmentation de la charge de travail.

Or, si je quantifie le temps passé : je constate que le recueil de données se fait au lit du patient, lors de l'entrée, l'échange pluridisciplinaire pour le projet de vie sur les temps de transmissions (20 minutes quotidiennes), une fois par semaine. La participation aux groupes de travail est sollicitée sur du temps libre, qui est comptabilisé et rendu à l'agent en regard des possibilités du planning, donc n'intervient pas dans la quantité de temps passée auprès du résident. Les transmissions écrites semblent être plus chronophages, mais très sont très liées aux pratiques de

¹ Equivalent temps plein.

chaque agent : coche-t-il ses soins sur une tablette au fur et à mesure de son travail ? Cette pratique permet de répartir le temps de transmissions sur la journée et se fait auprès du résident. Maîtrise-t-il bien l'outil informatique ? Les agents ont reçu une formation à l'utilisation du logiciel. Préfère-t-il réserver cette tâche de traçabilité à la fin de son temps de travail et l'effectuer pendant les 20 minutes de transmissions inter-équipes ?

L'établissement souffre d'un absentéisme assez important, significatif sans doute de la souffrance des soignants, et qui majore l'effet de mauvaises conditions de travail (rappel sur période de repos) générant à nouveau de l'absentéisme.

L'établissement subit également une difficulté à recruter : les AS diplômées disposent dans notre région d'une offre d'emploi supérieure à la demande, processus amplifiant l'importance d'améliorer la perception des conditions de travail et la réputation de cet établissement.

La charge de travail est importante, nos tentatives d'organisation ne peuvent certes pas la réduire. En revanche, la manière de faire face à cette charge de travail importante, est la façon de l'appréhender. En découle l'impérative nécessité d'évoluer vers une pratique réflexive qui permette aux soignants d'assurer une prise en charge qualitative. Seule cette démarche peut nous permettre de conclure en faveur ou défaveur de la faisabilité des soins dans de bonnes conditions. Ainsi que d'avancer des arguments recevables pour en référer à un niveau hiérarchique décisionnaire en ce qui concerne l'effectif.

Plus précisément, le soignant ne peut plus se contenter d'effectuer une prise en charge standard, mais doit réaliser un travail pertinent pour le résident en tenant compte de la charge de travail globale. Pour exemple, certaines AS de l'établissement ont du mal à renoncer à faire une toilette complète tous les jours à tous les résidents, pratique chronophage, inadaptée quant à leur temps de soin et également inadaptée à la pratique de soins personnalisés. Le soignant est amené à prioriser ses actions pour répondre à une nécessité d'efficience tout en gardant l'objectif de la qualité. Le changement ne se mesure pas tant en quantité de travail qu'en l'acquisition de nouvelles méthodes de travail, d'une nouvelle culture du soin en gérontologie : le travail en EHPAD demande à l'heure actuelle des connaissances et des compétences différentes « d'avant » pour répondre aux besoins de prise en charge. En effet, les réflexions des équipes transdisciplinaires, portent à développer la qualité des soins, donc à les personnaliser, ce qui interdit les soins routiniers mais développe l'intérêt de la prise en charge, la nécessité de formations dans le domaine gérontologique. Cette évolution nécessite une remise en question des pratiques professionnelles. La charge de travail est différente par le fait que les hospitalisations sont moins nombreuses et de plus courte durée, que les patients entrant en institution sont dans un état de grande dépendance (Le maintien à domicile impossible est une des premières causes d'entrée en EHPAD), que l'accompagnement de fin de vie se fait dans l'établissement de plus en plus souvent, qu'il faut inclure dans les soins la participation active des proches et prendre en compte leurs avis et décisions.

Quand je mets en relation le temps passé à l'organisation des soins, qui est maintenant mieux formalisée dans cet EHPAD, l'implication des soignants dans l'organisation réalisée par le biais de groupes de travail, l'évolution des pratiques de prise en charge favorisée par l'accès à des formations, l'autonomie à laquelle les soignants peuvent accéder dans les soins, je suis étonnée et questionnée par le manque d'adhésion à l'évolution des pratiques professionnelles. Je l'interprète comme l'expression d'une résistance au changement que les soignants expriment par l'argumentation d'un « manque de temps » en comparaison aux habitudes antérieures.

En revanche, j'ai conscience du nombre de transformations subies par cette équipe sur un temps relativement court et surtout dans un contexte institutionnel difficile. En effet cet EHPAD est l'objet de difficultés financières qui ont créé un climat d'insécurité pour le personnel. Ces difficultés ont été expliquées aux équipes par la direction, mais cette information a été relayée par les délégués du personnel et les tutelles de manière alarmante et anxiogène : la possibilité de ne pas pouvoir verser les salaires a même été évoquée par un représentant de tutelle à une délégation de personnel.

Il faut ajouter à cela que l'accompagnement prodigué à cette équipe par mes soins - et avec les meilleures intentions de ma part - allait dans le sens de développer la qualité des soins et le bien-être de l'équipe par une consultation participative. Cependant, mon manque de connaissance autres qu'expérimentales a desservi mes objectifs et ralenti la progression des pratiques de cette équipe.

Ma question de départ peut donc se formuler ainsi :

« De quelle manière, le cadre de santé peut-il accompagner une équipe d'EHPAD à transformer une restructuration financière qui impose une réorganisation, en opportunité d'évolution professionnelle au bénéfice commun du résident et du soignant ? »

1.1 Les idées issues de cette expérience.

Force m'est d'avouer que j'ai un temps pensé que les injonctions paradoxales des tutelles étaient une façon pour l'état de se dédouaner de la responsabilité du peu de moyen dont il dispose et d'en faire porter la culpabilité aux soignants à coups d'injonction à réorganisation, d'édition de manuels de recommandations de bonnes pratiques, de contrôle accru des institutions (évaluations interne puis externe), d'effectifs déterminés de manière drastique, de demande de prises en charge qualitatives, de compétences nouvelles à acquérir (évolution de la population accueillie et prise en charge plus globale et assurant plus de soins).

Le soignant me paraissait être utilisé plutôt que soutenu et aidé dans l'application des bonnes pratiques.

Et finalement le sentiment d'être prise dans un engrenage injuste et culpabilisant émergeait chez moi : mélange de résistance au changement et de prise de conscience d'exigences gouvernementales imposant un changement inéluctable ?

Puis s'est imposé à moi que, la seule solution envisageable était effectivement de se soumettre à une réorganisation, solution palliative au manque de moyens pouvant conduire à une dégradation de la prise en charge des résidents. Une question est arrivée très vite et reste présente : Jusqu'à quel point peut-on faire mieux avec moins ?

Face à l'équipe en rébellion quant au ressenti d'augmentation de la charge de travail et perturbée par la perte de ses repères habituels, j'ai eu la conviction qu'une des solutions à adopter était d'expliquer les difficultés, d'écouter leurs avis et propositions, de solliciter leur participation aux décisions. Et me suis rapidement rendu compte que ce n'était pas si facile et que le résultat ne s'obtenait pas de manière uniforme pour la totalité de l'équipe, provoquant même peut-être une scission : certains membres, face à l'adversité, se fédéraient autour de nouvelles valeurs, de nouvelles motivations, générant ainsi l'opposition d'autres groupes. Problème de méthode managériale ou évolutions à des rythmes différents ?

Je suis encore encline à croire que cette possibilité de participation de l'équipe est source d'innovation, de coopération et d'évolution. Je dois donc étudier plus avant les moyens de la mettre en œuvre.

Ces nécessités d'évolution d'organisation, malgré leur caractère imposé, m'ont fait prendre conscience qu'il est toujours positif de s'interroger sur ses pratiques (Ne sommes-nous pas des praticiens réflexifs ?) et pas seulement en cas de nécessité économique, mais aussi et surtout en vue d'une recherche de qualité.

Reste un élément majeur à considérer, la gestion du temps qui est primordiale. En effet, si les problématiques d'équipe se résolvent par des temps de réflexion et d'échanges, comment inclure ce temps dans la charge de travail des équipes ? Il me paraît inenvisageable de l'inclure dans le temps de travail d'une journée ordinaire et les temps de repos sont déjà bien amputés par les remplacements d'absentéisme. Considérant que les moyens financiers de l'établissement n'autorisent guère de rémunérations supplémentaires, comment reconnaître à sa juste valeur le temps consacré par certains agents aux problèmes organisationnels ?

2 Cadre conceptuel

En considérant la problématique émergeant de l'expérience vécue sur mon lieu de travail, il s'impose d'explorer certains concepts afin d'éclairer cette problématique par des apports plus généraux et plus variés que mes seules constatations, déductions et représentations.

Les concepts que je pense devoir explorer sont la résistance au changement, l'accompagnement au changement, l'absentéisme et ses causes, l'organisation des soins et le sens donné à cette organisation.

2.1 Résistance au changement

Comment définir la résistance au changement ?

« Nous la décrirons comme étant la manifestation d'une réticence à modifier ses comportements, représentations ou idées, pour des raisons autres que ses valeurs personnelles (morales, religieuses, sociales). Elle apparaît tout d'abord dans les habitudes de fonctionnement des équipes et des institutions : refus des nouveautés, des modifications d'horaires, de mode de travail, des changements de poste, de personnel... C'est dans ces domaines qu'elle est la plus visible.² ». Cette définition est proposée par le psychosociologue D. Dicquemare en 2000.

Il explique que la résistance au changement est de deux origines : le facteur humain et le fonctionnement systémique (une équipe par exemple) auquel est lié un souci d'équilibre à maintenir qui crée une force d'inertie luttant contre toute nouveauté.

Afin d'aller plus avant dans la compréhension de cette résistance au changement, d'en comprendre les mécanismes, je me suis référée à plusieurs documents.

L'ouvrage de D. Autissier et J.M. Moutot « Méthode et conduite du changement » s'adresse à toute organisation soumise au changement.

Aujourd'hui toute entreprise est soumise à de nombreux changements. Les institutions de soins sont également soumises aux réalités économiques et sociales et aux nouvelles exigences des usagers. Cet ouvrage précise que tout changement implique une rupture. Nous vivons au quotidien des adaptations et des évolutions qui ne nécessitent pas de rupture. En revanche, un changement majeur atteint nos modes de fonctionnement et demande un effort d'adaptation pour rendre possible le passage de l'obsolète au progrès.³ Pour ce faire, il est primordial de prendre en compte la situation finale : le travail n'est possible que si la projection est porteuse d'amélioration. Les

² Cahier de l'actif N 292/293 p 81 D. Dicquemare. Article, références en bibliographie.

³ « Méthode de conduite du changement » p 6. Ouvrage, références en bibliographie.

auteurs indiquent que le changement mobilise des capacités d'apprentissage⁴ de l'individu soumis à une demande d'évolution.

L'origine de la résistance au sein d'une équipe peut être d'origine individuelle et/ ou collective. Elle est en relation à la culture de l'entreprise, en lien avec les valeurs perçues au travers des pratiques de l'équipe et pas obligatoirement formalisées⁵. Les résistances sont difficiles à détecter, une étude sociologique fera le tour des routines, rites, mythes, symboles, structures de pouvoirs, systèmes de contrôle, structure organisationnelle, et systèmes de valeur. En interrogeant ce qui fait la culture de l'entreprise, on peut mettre en évidence les raisons de résistance au changement, les motivations à activer.

Le mécanisme de résistance au changement peut-être défini comme la non acceptation de perdre un existant connu pour un avenir incertain : la rationalisation de l'objectif facilite l'acceptation du risque et donc le passage à l'acte de changement⁶.

« Ce qui fait accepter un changement c'est sa rationalisation, c'est-à-dire sa projection dans le temps⁷. »

La représentation se focalise alors sur l'objectif à atteindre plutôt que sur l'effort à déployer pour y parvenir.

La résistance au changement s'exprime soit par un non investissement soit par une nette opposition. Le premier mode d'expression de la résistance est plus difficile à repérer que l'opposition. Il s'exprime cependant de manière assez significative par une revendication verbalisée de manque de temps ou de moyens. Cet attentisme est important à repérer : le projet, objet de résistance, peut pâtir d'un premier rejet et y donner du sens sera de plus en plus difficile.

L'existence d'un processus de dépression accompagnant la phase d'attente du bénéfice du changement est importante à connaître, à repérer, à accompagner.

Au sujet de l'article « Comprendre la résistance au changement »⁸, précisons qu'il s'adresse plus particulièrement au médecin du travail, en raison des résistances qu'induisent les campagnes de prévention et plus particulièrement ici les méthodes de manutentions. Il m'a paru très porteur du sens des résistances et je pense que l'application de ces réflexions est tout à fait transposable au rôle du cadre auprès des équipes.

Cet article ouvre sur une compréhension psychologique liée au facteur humain des acteurs soumis à l'injonction du changement : équipe et accompagnant de l'équipe. L'article pose une dimension primordiale de la résistance au changement : chaque comportement humain a un sens. Pour adopter un nouveau comportement, l'être humain doit renoncer à celui d'avant : une autocritique de l'ancien comportement est nécessaire pour passer au nouveau. Pour aider à cette

⁴ Ibid. p167.

⁵ Ibid. p168.

⁶ Ibid. p 173.

⁷ Ibid. p 173.

⁸ « Comprendre la résistance au changement » Article, références en bibliographie.

démarche, il faut étudier la signification du comportement que l'on veut faire cesser tant dans sa dimension culturelle, sociale, traditionnelle, qu'identitaire. En effet, le sens d'une habitude n'est souvent pas conscient pour l'individu.

Pour pouvoir mettre en place une évolution des pratiques professionnelles, il faut que l'évolution concerne la totalité de l'équipe pour ne pas entamer la cohésion de cette dernière. Il est nécessaire que cette nouvelle pratique soit source d'actualisation du système de valeurs afin de ne pas altérer le sentiment d'appartenance à une communauté. Le plus efficace pour y parvenir et le moins générateur de stress et de souffrance est de s'appuyer sur la déontologie de l'équipe et de la pousser à produire elle-même des normes nouvelles et valeurs d'actualité en partant de faits comme l'adoption d'une nouvelle technique par exemple, et en ouvrant le dialogue aux impressions, avis, propositions de l'équipe.

En conclusion les auteurs avertissent que si on instaure un dialogue, on prend le risque d'entendre et de comprendre ce que l'équipe exprime et d'éventuellement de devoir changer nos représentations à la lumière des apports fournis par cet échange : le changement est compliqué pour tout le monde. Le plus objectif serait de commencer le dialogue en n'ayant pas la certitude de l'aboutissement de la discussion et donc de renoncer à la position d'expert.

Il est nécessaire aussi d'accepter sa part de faillibilité et d'avoir conscience qu'on ne peut tout comprendre et tout entendre : des zones d'ombre peuvent persister.

« A cette méthode d'investigation, on donne le nom de démarche compréhensive dans les sciences de l'homme et de la société. »⁹

Je vous propose ici un résumé des grandes idées des auteurs :

La résistance au changement est soit individuelle soit collective, elle est produite par la scission entre une habitude et l'effort à fournir pour passer à une autre. Cette nouvelle pratique doit être porteuse de sens positif laissant présager d'une amélioration si on l'adopte. La résistance peut prendre deux modes d'expression : l'opposition ou le désinvestissement. Les raisons de cette résistance ne sont pas aisées à détecter, et méritent pour être identifiées qu'on s'interroge sur la culture de l'équipe. Il est important de savoir que si un premier mécanisme de résistance se produit, il sera plus difficile de donner du sens au projet ensuite. Passer d'un comportement à un autre nécessite d'étudier le sens du premier comportement. Ensuite au regard de règles déontologiques, l'équipe sera incitée à trouver des valeurs, des normes liées au comportement qu'on veut atteindre. Pour conserver la cohésion d'équipe, le nouveau comportement doit être générateur de nouvelles valeurs communes. Celui qui accompagne l'équipe doit, lui aussi, accepter un éventuel changement dans ses attentes après cheminement avec l'équipe.

⁹ « Comprendre la résistance au changement » : p 8. Article, références en bibliographie.

2.2 Accompagnement au changement

Mintzberg identifie clairement le rôle du cadre dans l'accompagnement au changement :
« *Il doit introduire le changement de façon à ce que son organisation s'y adapte sans tiraillement inutile. Maintenir un équilibre entre la stabilité et le changement est une des tâches les plus difficiles du cadre.* »¹⁰

De l'avis des auteurs de l'article « Être et faire avec les autres »¹¹, la coopération de travail d'une équipe est difficile à instaurer et à maintenir car, de manière générale, les préoccupations de reconnaissance ou de protections individuelles de l'être humain priment sur les missions de l'institution. Les auteurs pensent cependant, que le travail coopératif permet le développement de compétences notamment grâce aux interactions entre professionnels.

Une bonne organisation de travail et une connaissance du fonctionnement institutionnel sont les bases nécessaires à l'obtention de cette coopération.

« *Cette possibilité de faire son travail avec les autres, de s'en apercevoir et de reconnaître ce que l'on doit aux autres, donne accès au sentiment précieux d'être partie intégrante de l'humanité, elle inscrit l'individu dans la continuité des générations*¹²... ». *

L'apprentissage de ce travail coopératif pousse la personne dans un processus de transmission, de réciprocité qui minore les réactions de résistance et développe l'épanouissement au travail. De complexes mécanismes psychologiques sont mobilisés tant en faveur de la coopération qu'à son détriment : l'obtention de la coopération nécessite le renoncement narcissique (ou le fantasme de « l'être unique » menant à une quête de survalorisation au dépens des autres¹³). Elle implique aussi de savoir reconnaître aux autres des qualités que l'on n'a pas, sans se sentir diminué : avoir conscience de ses limites et les accepter est gage d'évolution et permet de solliciter l'aide des autres, (ou accepter son « *incomplétude fondamentale* »¹⁴).

Ceci ramené dans le quotidien d'un cadre, désireux d'accompagner son équipe à la qualité de prise en charge des patients, se traduit par la nécessité de favoriser une bonne organisation, de repérer les mécanismes de résistance individuels, de régulièrement intéresser l'équipe aux missions et aux limites de l'institution, de permettre l'expression de chacun dans un climat de respect mutuel, ne pas diaboliser ni minimiser l'erreur mais plutôt de la rendre apprenante. Explication et analyse des événements sont porteuses de coopération.

Un projet peut être un outil d'accompagnement.

¹⁰ Les dix rôles du cadre p106. Ouvrage, référence en bibliographie.

¹¹ « Être et faire avec les autres ». Article, référence en bibliographie.

¹² Ibid. p 177.

¹³ « Être et faire avec les autres ». p 178. Article, référence en bibliographie.

¹⁴ Ibid. P182.

Pour D. Autissier et J.M. Moutot, toute proposition de changement présentée à une équipe nécessite d'obtenir une adhésion de cette dernière au projet. L'accompagnement passe par la communication. Cette dernière a trois objectifs : le premier est d'obtenir l'adhésion au projet, le deuxième est de conduire la transformation par étapes à plus court terme, guidant vers la finalité du projet. Le troisième objectif chronologiquement plus tardif, est le constat d'évolution, conséquence de la transformation : des marqueurs peuvent être choisis pour en mesurer les résultats.

Cet ouvrage place en acteur principal de la conduite du changement ¹⁵ le manager qui doit donc être formé à cette tâche et maîtriser les outils aidant à cette conduite. Il rappelle que la conduite de projet est nécessairement associée à une aide au changement.

Dans l'ouvrage « Missions et Management des équipes en établissement pour personnes âgées » est donnée en préface cette définition du management :

« Manager vient de la langue anglaise et comporte une origine italienne, maneggiare, qui exprime l'action de conduire et une origine latine, manus, issue de la racine indo-européenne ma signifiant construire. Manager signifie donc conduire et construire. Voilà un beau programme d'engagement professionnel dans une démarche qualité. »

L'idée globale développée dans l'ouvrage est qu'une équipe structurée, formée, riche de valeurs formalisées, précise dans ses représentations de la personne âgée, centrée sur ses missions et sa pluridisciplinarité, développant sa culture de la gérontologie est plus à même d'envisager les projections positives des changements, de conduire une prise en charge correcte en dépit des problématiques diverses rencontrées. Le programme managérial proposé est centré sur la personne âgée qui est l'objet principal des préoccupations de toute l'institution, et sur le développement et la reconnaissance des compétences de l'équipe. Les auteurs se positionnent sur la nécessité d'un minimum de moyens requis.

L'ouvrage « L'hôpital en réanimation¹⁶ » s'interroge sur l'impact des multiples restructurations hospitalières, sur les conditions de travail, la qualité des soins, l'éthique soignante. Ils mettent en lien ces changements avec les courants politiques et managériaux et les choix étatiques en découlant.

A l'occasion des restructurations, les priorités du travail hospitalier ont été modifiées. La recherche de productivité, de rentabilité a induit « *une perte profonde du sens du travail et de ses repères* »¹⁷ impliquant des problèmes de recrutement. L'auteure du chapitre 16 de la deuxième partie de ce livre, évoque la possibilité que les politiques de changements et les réformes multiples induisent un sentiment d'insécurité chez les salariés quant à leur place dans l'entreprise, leurs

¹⁵ Méthode de conduite du changement p 32. Ouvrage, références en bibliographie.

¹⁶ « L'hôpital en réanimation ». Ouvrage, références en bibliographie.

¹⁷ Ibid. p 217.

valeurs, leur éthique professionnelle. Ces changements fréquents, la nécessité de mobilité, empêcheraient les salariés de s'approprier leur travail, de le maîtriser, de stabiliser des routines professionnelles : quid de l'acquisition de compétences, de la qualité de vie au travail, de la reconnaissance ? Cette insécurité, cette perte de repères s'ajoutent à une intensification de la charge de travail et à une réduction des effectifs. Le soignant est soumis à un conflit de valeurs : quel choix peut-il faire entre les exigences de l'institution et les besoins des personnes prises en charge ?

Ceci posé, de quel levier le cadre de proximité dispose-t-il pour minimiser le sentiment d'insécurité, donner du sens au travail et fidéliser le personnel ?

Dans ce même ouvrage il est rappelé que pour Yves Clot¹⁸ : « *l'enjeu n'est pas la qualité de vie au travail, mais la qualité du travail tout court* »¹⁹. Le niveau d'exigence du travail bien fait est placé très haut par les travailleurs eux-mêmes. D'où la question : les organisations ont-elles les ressources nécessaires pour faire face à l'exigence de qualité du travail exprimée par les travailleurs ? Les auteurs interrogent aussi la qualité du dialogue social, émettant l'hypothèse que la mauvaise qualité de ce dernier fait la place belle à l'intervention de l'état, source de déresponsabilisation des acteurs.

Il me paraît nécessaire de clarifier les termes de performance et d'efficacité. Voici une définition qui différencie les deux concepts :

« Une entreprise ou un salarié est dit performant s'il est efficace, en atteignant tous ses objectifs, et efficace, en fonctionnant avec les moyens adéquats, aux moindres coûts. »²⁰

Une performance est un exploit, un résultat ou une réussite remarquable obtenue dans un domaine particulier, par une personne, une équipe, un groupe, un animal ou une machine.²¹

Pour être plus claire dans l'énoncé de mon propos, lors de l'analyse, je parlerai d'efficacité pour l'atteinte d'objectifs en rapport avec les ressources allouées et de prestation d'excellence pour les prises en charge très qualitatives et obtenues avec des moyens supérieurs à la norme.

Voici une synthèse des idées des auteurs au sujet de l'accompagnement :

Le rôle d'accompagnement est attribué au cadre. Tout changement envisagé doit s'intégrer aux missions institutionnelles dont il faut avoir une lecture limpide à proposer aux équipes. Il implique aussi une connaissance des mécanismes de résistances individuelles afin d'en faciliter l'atténuation : incitation au respect des différences de représentations, en instaurant un dialogue régulier sur les pratiques professionnelles. Tout changement nécessite un accompagnement depuis l'obtention de l'adhésion de l'équipe jusqu'à l'évaluation du changement.

¹⁸ Psychologue du travail.

¹⁹ « L'hôpital en réanimation » p225. Ouvrage, références en bibliographie.

²⁰ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Performance.htm>.

²¹ « Toupictionnaire », le dictionnaire de politique :

Une notion essentielle quant à l'accompagnement est liée au contexte économique. Une équipe formée, organisée, possédant une culture de sa spécialité et des valeurs professionnelles, centrée sur l'utilisateur et bénéficiant de la reconnaissance de ses compétences développe moins de résistance au changement. L'accent est mis sur la nécessité de disposer d'un minimum de moyens afin de remplir ces conditions. Or, les injonctions à restructuration permettent-elles aux organisations de santé d'assurer ce minimum ? Les soignants semblent plutôt déchirés entre leur exigence de qualité de travail et les demandes institutionnelles, ce qui induit une perte de sens de leur travail les conduisant à ressentir un climat d'insécurité dans leurs conditions d'exercice. La qualité du dialogue social est, elle aussi, interrogée : son positionnement est-il adapté ?

2.3 Absentéisme et ses causes.

Le Petit Larousse retient cette définition de l'absentéisme :

« Fait d'être fréquemment absent d'un lieu, notamment du lieu de travail, de ne pas participer à une activité, etc. ».

Le centre national de ressources textuelles et lexicales quant à lui donne cette définition :

« Manque habituel ou systématique d'assiduité à son lieu de travail ²² ».

En consultant quelques autres définitions proposées sur Internet, je m'aperçois que toutes ou presque allient à l'absentéisme cette notion de répétition, de fréquence. En situation concrète, c'est bel et bien cette répétition qui est problématique et non un absentéisme ponctuel qui lui est garant de qualité de vie au travail et de la qualité de la prise en charge de la maladie dans notre société.

L'Anact ²³ précise : *« L'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.). »*

Et précise également qu'absence n'est pas absentéisme. (Les congés maternité par exemple ne sont pas liés aux conditions de travail).

Si l'on s'en réfère aux chiffres de l'Alma Consulting Group, le taux d'absentéisme national est en croissance (de plus 18%) entre 2011 et 2012, et compte une absence moyenne de 16.6 jours par personne et par an²⁴. Le secteur de la santé est largement concerné par cette augmentation et conduit les établissements de santé à renforcer leur politique RH, à étudier et améliorer la qualité de vie au travail. L'absentéisme a un coût financier et des conséquences organisationnelles. L'établissement doit en évaluer le taux, en tirer des informations sur sa nature, mener une politique

²² <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/absenteisme> site consulté le 31/01/2015.

²³ Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

²⁴ <http://www.almacg.fr/actus/nos-actualites/actu/barometre-de-l-absenteisme-2013-d-alma-cg/>: site consulté le 31/01/15.

RH adaptée et adopter une conduite managériale qui tienne compte de cette analyse. L'Anact propose sur son site²⁵ un dossier « *Comprendre et réduire l'absentéisme* » qui a pour objectif d'accompagner les entreprises dans leur démarche de réduction de l'absentéisme.

Les conditions de travail influent sur l'absentéisme, mais n'en sont pas l'unique cause : l'état de santé global de la population est à considérer.

L'absentéisme est reconnu problème de santé publique²⁶. C'est aussi un indicateur de cohésion sociale²⁷.

Il est important de prendre en compte l'augmentation de l'absentéisme car elle est le reflet de l'implication au travail et de la satisfaction des conditions de travail. Peuvent être en causes les conditions de travail, le climat social, l'ambiance au travail, le style de management de la hiérarchie ainsi que le manque de stratégie, d'objectifs, de projets. Il en résulte qu'un manager doit analyser le contexte de son lieu d'exercice et adapter son management aux diverses restrictions financières, nécessités de réorganisation, évolution démographique du personnel, obligation de qualité de soins.

Les EHPAD ne sont pas épargnés par cette augmentation de l'absentéisme : les directions et l'encadrement sont majoritairement confrontés à la gestion de l'absentéisme. Leur challenge est de ne pas opter pour des solutions envenimant ou entretenant le processus. Difficile à résoudre : ne pas remplacer augmente la charge de travail de l'équipe, remplacer par quelqu'un de l'extérieur, qui ne connaît pas le fonctionnement n'est pas efficient, et remplacer en rappelant sur les jours de repos est épuisant pour les agents.

Se focaliser sur les causes de l'absentéisme n'est pas suffisant : le manager doit s'attacher aux modalités de gestion de l'absentéisme, à son « *inscription dans les pratiques quotidiennes de travail de l'ensemble des acteurs* »²⁸.

Un article de la revue « pilotage RH » résume la problématique de l'absentéisme en EHPAD de cette façon :

La reconnaissance de la pénibilité du travail et des risques psychosociaux, sources d'augmentation du taux d'absentéisme au travail, sont en opposition avec le mode de détermination des effectifs alloués par les tutelles, et revu (avec parcimonie) à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite²⁹, soit tous les 4 à 5 ans, temps largement suffisant à la progression des pathologies des résidents, et donc, à l'augmentation de leur dépendance³⁰. A noter aussi que le taux

²⁵ <http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme>.

²⁶ Plan national de santé au travail 2005/2009.

²⁷ Soins cadre n°82. « De l'absentéisme au présentéisme ». Articles, références en bibliographie.

²⁸ « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD » p 79. Article, références en bibliographie.

²⁹ Convention signée entre l'établissement, le conseil départemental et l'ARS et qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement.

³⁰ GIR pondéré moyen à 667 en 2008 et à 717 en 2012

de rotation des personnes accueillies atteint en moyenne les 30% par an et donc fait fluctuer la charge de travail de manière significative tous les ans.

L'auteur de l'article met en parallèle le caractère chronophage des soins prodigués aux personnes atteintes de désorientation et les conséquences d'un faible effectif de jour et aussi de nuit sur la qualité de cette prise en charge.

Il relève aussi la qualification des effectifs, majoritairement composé d'AS et d'ASH parfois sans encadrement infirmier. Force est de constater que ces circonstances sont favorisées par le manque de moyens financiers de la région.

Restent aux EHPAD, d'après cet auteur, quelques leviers d'action : l'organisation du travail, l'adaptation du temps de travail, l'amélioration des systèmes d'information et l'optimisation du circuit du médicament.

Cet article relève qu'à l'absentéisme, s'ajoutent aussi les problèmes liés aux postes aménagés, attribués aux salariés devant bénéficier d'une restriction de tâches et qui comptent dans l'effectif comme n'importe quel agent.³¹

A noter qu'il existe aussi une catégorie de personnel qui, ne plaçant pas l'humain au centre de l'institution, multiplie les absences : il s'agit là de manque de culture, de sens professionnel, le cadre aura aussi à en tenir compte dans son choix managérial³².

Pour synthétiser :

L'absentéisme est reconnu croissant au niveau national et dans les organisations de soins. Plusieurs causes sont identifiées : la dégradation des conditions de travail (organisation insuffisante, climat social, ambiance, cohérence du temps de travail et du temps personnel...), et l'évolution démographique de la population en général et donc la présence au travail de personnels dans les tranches d'âge reconnues pour générer des arrêts de travail plus fréquents. Il existe une catégorie de personnel abusant des arrêts ce qui indique pour ces personnes un manque de culture et de sens du travail, fait à inclure aux pratiques managériales.

Pour les EHPAD plus particulièrement, les managers doivent étudier les causes de l'absentéisme mais aussi ses modalités de gestion. Le constat est fait d'un décalage entre la pénibilité du travail, la modification de la charge de travail et le mode de calcul des effectifs, entraînant la difficulté à coordonner la qualité des soins et des conditions de travail. Les leviers proposés sont l'organisation du travail et l'adaptation du temps de travail. A noter qu'au problème de l'absentéisme s'ajoute l'obligation de fournir des postes aménagés aux personnes devant bénéficier de restrictions de tâches sans révision du calcul de l'effectif.

³¹ « Gestion des ressources humaines dans les EHPAD : la cote d'alerte ». Article, références en bibliographie.

³² « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées » p 75. Ouvrage, références en bibliographie.

2.4 Organisation des soins, et sens des réorganisations

L'organisation des soins est indissociable de la gestion des ressources humaines : en effet pour obtenir une organisation efficiente, il faut tenir compte des effectifs dont on dispose.

On ne peut dissocier l'organisation des soins du sens du travail, sans courir le risque d'un échec de l'organisation proposée.

Organiser les soins nécessite d'avoir fait une analyse préalable des caractéristiques formelles (définies par les concepteurs) et informelles (fonctionnements concrets de l'organisation).³³

En témoigne l'article « Reconnaître les régulations autonomes³⁴ » qui explique la théorie de la régulation sociale de Jean Daniel Reynaud.

Il existe deux sortes de normes qui régulent le fonctionnement d'un système : les normes de contrôles, qui sont les règles prescrites par une entité extérieure au groupe (hiérarchie) et les normes réellement appliquées par le groupe : les normes autonomes. Ces dernières contiennent les objectifs et stratégies du groupe, leurs zones d'autonomie, leur implication dans l'atteinte des objectifs. Ces deux modes de régulation peuvent soit être concurrentiels, soit se compléter implicitement ou formellement et, en fonction d'une éventuelle négociation, aboutir à une régulation conjointe.

Cette théorie appliquée à l'organisation du travail, paraît pouvoir être porteuse de création de normes en relation avec la culture de l'équipe. Elle permet de laisser une place à une part d'autonomie pour le soignant, tout en garantissant l'adhésion de chacun à ces normes ce qui crée implicitement le respect de leur application.

Les auteurs concluent que le manager d'équipe semble devoir développer des pratiques d'accompagnement inspirées du « care management ».

« L'encadrement doit réinvestir les territoires du management et jouer la négociation, même s'il faut pour cela parfois en passer par la confrontation. »³⁵

Les auteurs de l'article « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital » effectuent une revue des publications portant sur la relation des réformes hospitalières et leur effet sur l'augmentation de l'absentéisme. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'augmentation de l'absentéisme n'est qu'un élément d'un problème de dimension organisationnelle. Une organisation du travail jugée inadaptée à la charge de travail, un management non compris, des changements dus à des injonctions hiérarchiques ou à des réformes induisent une perte de sens.

³³ « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médicosociaux » chapitre 1. Ouvrage, références en bibliographie.

³⁴ « Reconnaître les régulations autonomes ». Article, références en bibliographie.

³⁵ « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail » p 79. Article, référence en bibliographie.

Au cours de l'enquête tentant de valider ou non cette hypothèse, les auteurs abordent le rôle du cadre dans ces changements :

« *L'encadrement de proximité se trouve au cœur des transformations car il est à la fois relayeur du changement, acteur du changement et également représentant des équipes soignantes.* »³⁶

Est mise en cause la formation trop peu managériale des cadres de santé considérés ici plutôt dans leur dimension de professionnels du soin, expérimentés, qui ajouté au fait qu'ils gèrent au quotidien de multiples difficultés (de logistique, de soins, administratives), les conduit à une situation très inconfortable. Ils sont tenaillés entre la pression du groupe social « équipe » et les injonctions institutionnelles.

Pourtant, ils restent les acteurs privilégiés de la coordination entre organisation, satisfaction des soignants et des usagers. Ils ont une place privilégiée pour conduire des actions propres à créer la réappropriation par les agents de leur environnement de travail, la reconstruction du sens du travail auprès des équipes transdisciplinaires, la coopération au service de l'organisation et de la qualité des prestations.

Les théories recueillies dans le dossier de la revue Soins cadre numéro 87 s'intitulant « Donner ou redonner du sens au travail » sont les suivantes :

Le premier article traite des multiples projets auxquels sont astreints les établissements de santé et les équipes de soins : projet d'établissement, de service, de soin, de vie, personnalisé, d'éducation thérapeutique,...et s'étonne qu'autant de projets cohabitent avec une quête de sens aussi pregnante et avec une augmentation de la souffrance au travail.

L'auteur remarque que le sens n'est jamais acquis de manière définitive, et que les situations remettant le sens en question sont une opportunité d'évolution. Un projet devient alors un moyen de recherche : l'équipe travaille à y donner un sens qui est commun à ses membres ; c'est sa construction.

Pour ce faire, le manager doit créer un environnement propice à la construction de projets porteurs de sens.

Les auteurs du deuxième article posent le cadre de santé comme un « *traducteur de concepts* »³⁷, qui permet ainsi aux soignants de mettre la signification de ces concepts en relation avec ce qu'ils en connaissent par leur expérience. Les auteurs émettent l'hypothèse que les valeurs portées par ces concepts, qui ne sont pas tous novateurs, ces valeurs donc, nécessitent qu'on les ramène à leur sens antérieur pour permettre au soignant de les transposer aux situations actuelles.

Ils écrivent que le cadre de santé peut conduire l'équipe à donner du sens à l'action en expliquant les concepts mobilisés pour cette action sur la base de leur version originale :

³⁶ « Reformes de l'hôpital, crise à l'hôpital... » p 556. Article, références en bibliographie.

³⁷ Dossier « Donner ou redonner du sens au travail » p 19. Articles, références en bibliographie.

« Ainsi, sans exclure la pertinence de nouvelles notions qui influencent nos pratiques, veillons à ne pas oublier le chemin que nos aînés nous ont ouvert. »³⁸

Le troisième article traite des injonctions paradoxales fort courantes à présent dans le monde du travail en milieu de soins.

L'auteur constate que ces injonctions paradoxales induisent une perte de sens : « *toujours faire plus avec moins* »³⁹, « *aller toujours plus vite et bien faire* »⁴⁰

Ces injonctions rendent la communication impossible, on s'écarte de toute logique, on perd le sens.

« *Le cadre est au cœur de cette communication qui véhicule ces doubles contraintes* »⁴¹.

Il lui est conseillé de bien définir ses missions et de se positionner clairement pour pouvoir garder une communication efficace : verbaliser l'impossibilité de satisfaire la double contrainte est une amorce de réflexion, à conduire en équipe.

L'article sur la reconnaissance du travail des soignants indique qu'il est difficile de reconnaître le travail du personnel de soin car ils effectuent des tâches compliquées, relevant de multiples compétences et toujours en parallèle à un contexte relationnel qui mobilise des émotions. L'auteur donne trois niveaux de reconnaissance à respecter. Tout d'abord juste l'existence de l'être soignant. Puis de sa pratique et de son investissement. Enfin il convient de s'intéresser au résultat de la prise en charge par l'équipe ou à la résolution d'une situation problématique en autonomie.

Le cadre doit faire preuve de faculté d'observation, de sens de la communication et posséder la faculté d'évaluer les actions de manière équitable. Il a à sa disposition, de précieux outils : la délégation au service de la responsabilisation ; les débats d'objectifs, d'analyse de pratiques problématiques, au service de la construction de sens au travail ; l'incitation à l'expression d'idées, l'ouverture à l'essai de nouvelles pratiques, l'encouragement à l'expertise, au service de l'innovation.

Le cadre doit savoir se positionner entre équipe, usager et hiérarchie pour s'approprier ces leviers de reconnaissance et les rendre efficaces.

L'article sur analyse de pratique et sens du travail pose une question de fond :

« *Et si la bonne pratique était parfois, pour les soignants, autre que la pratique prescrite ?* »⁴²

L'organisation ne décide pas du sens du travail, il est donné par les individus constituant l'équipe.

La conduite d'analyses de pratique en groupe peut permettre la verbalisation de la différence de sens entre travail prescrit et travail idéal et l'adaptation qu'en font les soignants dans la réalité

³⁸ Ibid. p 21.

³⁹ Ibid. p 23.

⁴⁰ Ibid. p 23.

⁴¹ Ibid. p 23.

⁴² Dossier « Donner ou redonner du sens au travail » p 36. Articles, références en bibliographie.

de leurs pratiques. Sont-ce des adaptations des pratiques ou des pratiques transgressives ? L'analyse de pratique en équipe permet une prise de distance propice à l'analyse réflexive et replace chaque acteur dans sa part de responsabilité.

L'auteure met en relation le rythme de travail très soutenu et la perte de sens. Elle pense que la posture réflexive et l'analyse de pratique régulière ravive le désir de soigner et donc redonne du sens au travail du soignant.

Il s'agit donc de développer la pratique réflexive à laquelle sont formés les étudiants en soins infirmiers aux professionnels de terrain.

L'article qui établit des liens entre le rôle du cadre formateur et celui du cadre gestionnaire met en parallèle la formation des étudiants à la pratique réflexive et l'application de cette pratique proposée par le cadre de proximité à son équipe.

Les attentes hiérarchiques et gouvernementales sur la fonction de cadre sont en évolution. On attend de lui plus d'investissement dans son rôle de gestion, plus de prise en considération des aspects économiques, mais quelle posture adopter vis-à-vis de sa place de référent clinique, de sa responsabilité quant aux soignés, à leurs proches, aux soignants. ?

« Ainsi, le cadre de santé des unités est mis en tension entre une organisation des soins idéale et la situation réelle. »⁴³

Une solution proposée est de conduire l'équipe à développer ses capacités réflexives par le biais d'analyses de pratiques afin de les amener à considérer les dimensions du soin, du prendre soin et du penser le soin.

« Développer la considération, la sollicitude pour l'humain et maintenir « l'agir » dans la vigilance permanente est primordial pour que l'éthique ne perde pas son sens premier. »⁴⁴

Il est possible d'adopter une ligne managériale centrée sur la qualité, l'éthique du soin. Elle passe par une réelle collaboration avec les instituts de formation et l'analyse professionnelle devient un outil pédagogique et managérial.

Dans l'article « le sens de l'action »⁴⁵, l'auteur nous explique que face aux contraintes économiques, la plainte récurrente majore le ressenti difficile et le sentiment d'impossibilité de réaction. Une fois intégré le processus ayant mené à ce besoin de régulation des dépenses (évolution démographique, population vieillissante, croissance des pathologies chroniques...) on peut concevoir qu'un réajustement des organisations est indispensable. Cependant, les multiples réformes ont rendu opaque aux professionnels la lecture de leur finalité. Ces réformes ont aussi, à juste titre, également renforcé la place de l'utilisateur.

⁴³ Dossier « Donner ou redonner du sens au travail » p 40. Articles, références en bibliographie.

⁴⁴ Ibid. p 41.

⁴⁵ Ibid. p 42.

Il est nécessaire de laisser aux acteurs de santé un temps pour leur permettre de réajuster leurs actions et le sens de ces dernières et d'ainsi faire émerger de ces professionnels un sens nouveau.

D'après l'auteur, une utilisation pertinente du projet du patient possède les axes nécessaires pour l'émergence du sens de l'action.

La synthèse des grandes idées des auteurs au sujet de la réorganisation et du sens qui lui est donné :

Une réorganisation ne s'envisage qu'après une analyse de l'organisation existante : il faut tenir compte des régulations autonomes et des régulations prescrites pour tenter d'obtenir une régulation conjointe.

Toute réorganisation doit faire sens pour le soignant, faute de quoi elle n'obtiendra pas l'adhésion de l'équipe.

Le rôle du cadre : il doit avant tout clarifier son positionnement autour de trois axes charnières : la hiérarchie, l'équipe et l'utilisateur. Il pourra alors décider des actions à mener pour conduire à une réorganisation porteuse de sens. C'est l'équipe qui trouve le sens de son travail, le cadre l'accompagne en la portant sur le chemin de la pratique réflexive. Les outils dont il dispose sont l'analyse de pratique, l'appropriation par l'équipe du sens des nouveaux concepts en écho avec ce qu'elle connaissait antérieurement, la conduite de projets, la verbalisation de la difficulté à répondre aux injonctions paradoxales, la reconnaissance du travail, la délégation à visée de responsabilisation, la création d'espaces d'expressions... La nécessité de réorganisation induite par des raisons économiques s'accompagne d'un besoin de réajustement du sens du travail aux nouvelles contraintes et ceci nécessite du temps.

2.5 Cadre législatif

Les recherches effectuées autour de ma problématique, m'ont amenée à consulter des textes de loi, voire à en chercher sans résultats.

- Loi du 2/02/2002 : rénovant l'action sociale et médicosociale ⁴⁶:

Elle comporte quatre grands axes :

Le droit des usagers,

La redéfinition des missions pour adapter la structure aux besoins,

Le contrôle du dispositif de pilotage (évaluations, allocations de ressources),

La coordination des acteurs.

⁴⁶ http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=106:loi-du-2-janvier-2002&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74

Les outils proposés sont le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de personnes accueillies, le contrat de séjour, l'ajustement du fonctionnement de l'établissement aux normes, le projet d'établissement, la mise en place de conseil de la vie sociale. Les évaluations internes et externes deviennent obligatoires tous les cinq ans.

La convention tripartite imposée par cette loi se conclut entre l'établissement, l'ARS et le conseil général. Elle a pour objectif de coordonner les sources de financement et la régulation des dépenses, de favoriser une démarche qualité (projet de vie, de soin). Le directeur de l'établissement s'engage à mettre en œuvre le projet d'établissement, l'ARS dispense les moyens liés aux soins des résidents, le conseil général, ceux en lien avec l'hébergement et l'aide sociale.

L'EHPAD tire ses ressources de trois modes de financement :

Le tarif hébergement c'est-à-dire les prestations qui ne sont pas en rapport avec la dépendance : l'hôtellerie, l'administration, l'animation..., sont à la charge du résident avec une possibilité pour les plus démunis de prise en charge par l'aide sociale;

Le tarif dépendance : ce sont toutes les prestations liées à la dépendance (accompagnement, surveillance des actes de la vie courante selon le degré de dépendance de la personne). Elles sont tarifées en fonction d'une cotation AGGIR réalisée par le médecin coordonnateur et subventionnées par le conseil général.

Le tarif soins : ce sont toutes les prestations en rapport avec les soins. Elles sont prises en charge par l'assurance maladie via l'ARS. Une évaluation de chaque patient est faite par le médecin coordonnateur grâce à l'évaluation de la grille Pathos.

Les prises en charge du conseil général et de l'ARS sont faites sur proposition de l'établissement via les grilles AGGIR et PATHOS, révisées annuellement par l'établissement et contrôlées par les services de tutelles concernés.

Ces dispositions légales impliquent sur le terrain un contrôle des besoins de l'établissement par les financeurs dont on connaît la difficulté à disposer de moyens financiers.

« Ainsi un grand nombre d'EHPAD sont en grande difficulté sur la couverture de dépenses liées à la dépendance. En effet, l'augmentation des tarifs de dépendances est souvent limitée de par les moyens dont dispose le conseil général. »⁴⁷

En parallèle, la responsabilité du cadre de santé dans la qualité des soins est bien définie :

-La loi du 31/07/1991 sur la qualité des soins par l'évaluation des pratiques professionnelles, et de toute action concourant à la prise en charge du malade afin d'en garantir l'efficacité et l'efficience.

-L'ordonnance de 1996 instaurant l'accréditation et les évaluations internes et externes.

-Le décret du 18/08/1998 : le cadre est le garant de la qualité des soins au nom de ses fonctions soignantes d'encadrement.⁴⁸ Le cadre doit mettre en place des moyens qui assurent la sécurité générale et sanitaire du patient et des personnels.

⁴⁷ « Financement des EHPAD : les conventions tripartites » p 51. Article, références en bibliographie.

On peut constater la difficulté de concilier ces deux injonctions paradoxales : l'impossibilité de mettre des moyens à disposition pour l'état et les exigences qualitatives de ce dernier. Les deux étant parfaitement recevables. Le cadre a donc tout intérêt à développer des stratégies pouvant satisfaire au mieux à ces deux obligations.

Le poste le plus coûteux est le poste personnel : nombreux sont les EHPAD à confier des tâches de soignants à du personnel n'ayant pas la qualification requise.

Dans leur ouvrage, S Connangle et R Vercauteren ⁴⁹ constatent que les équipes auxquelles sont confiées des personnes âgées ont deux particularités :

La première est l'autonomie dont dispose chacun des membres de ces équipes en matière de normes, de responsabilité. Et les auteurs de citer en exemple la distribution des médicaments et les soins d'hygiène dispensés par des ASH.

La deuxième particularité est la représentation dévalorisante du professionnel exerçant auprès des personnes âgées et qui aboutit à la déconsidération de la formation des agents. *« Cela a non seulement l'inconvénient de déconsidérer la formation des agents, dont on dit encore trop que seul un peu de bon sens est nécessaire pour bien travailler, mais aussi de satisfaire les équipes dans des approches très routinières de leurs pratiques. »*⁵⁰

Les auteurs s'interrogent sur le niveau d'implication des responsables de l'état et des directeurs d'établissements en ce qui concerne le peu de moyens économiques mis à disposition de l'humain, carence qui ne permet pas suffisamment de faire progresser le personnel vers la qualification requise.

D'après eux, l'impact de la sous qualification des personnels sur les problématiques de management est de taille. En conséquence, le manager de proximité, n'ayant pas de poids dans les faits évoqués ci-dessus, les auteurs proposent que celui-ci déploie des stratégies managériales qui donnent la possibilité aux agents d'acquérir une pratique réflexive, sur la spécificité des équipes travaillant auprès de personnes âgées.

Cette réflexion et les constatations de terrain m'ont amenée à aller consulter deux cadres d'EHPAD au sujet de l'emploi d'ASH auprès de personnes âgées. Ces cadres exercent dans un EHPAD public.

Ma première question était :

Y-a-t-il un cadre législatif autorisant les ASH à pratiquer des actes d'hygiène ?

La réponse est catégorique : pas de texte législatif, mais une « tolérance des tutelles ». Dans cet établissement et dans le cadre de la GPEC, des fiches de poste pour les ASH ont été faites sur la base des fiches métiers des « maîtresses de maison » avec quelques adaptations particulières à

⁴⁸ Jean Charles Scotti, « Des missions du cadre de santé sa responsabilité juridique » Article du 15/05/2012 site FHF : <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management-paramedical/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique>. Consulté le 8/02/2015.

⁴⁹ « Missions et management des équipes en établissement de santé pour personnes âgées » p 18/19. Ouvrage, références en bibliographie.

⁵⁰ Ibid. p19.

l'EHPAD. Dans cette fiche métier figure l'assistance aux personnes pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (repas, toilette, etc.) Quelle valeur législative ont ces fiches de poste ? Le cadre de cet EHPAD m'explique que le point à ne pas négliger est la distribution des médicaments pour laquelle la tolérance n'est pas de mise.

Je m'enquiers d'éventuelles jurisprudences au sujet d'actes de soins d'hygiène pratiqués par des ASH : aucune des deux cadres n'en a notion.

A l'occasion d'un cours dispensé à l'Institut de Formation des Cadres de Santé par un juriste travaillant dans un organisme d'assurances pour personnel de santé, je lui demande son avis à ce sujet : il est catégorique, une ASH ne doit pas pratiquer de soins d'hygiène et il insiste sur la vigilance accrue à développer sur le circuit du médicament.

Je poursuis mes recherches :

Le décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 et version en vigueur le 4 avril 2014 dit :

« Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture collaborent aux soins infirmiers dans les conditions définies à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique.

Les aides-soignants peuvent, en outre, être chargés du service des personnes décédées, de l'accueil des familles en chambre mortuaire et de la préparation des activités médicales sur le corps des personnes décédées, après avoir suivi une formation d'adaptation à l'emploi, dont la durée et les modalités d'organisation et de validation sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Les aides-soignants exerçant les fonctions d'aide médico-psychologique participent aux tâches éducatives sous la responsabilité de l'éducateur ou de tout autre technicien formé à cet effet. Ils collaborent aux soins infirmiers, dans les conditions définies à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique.

Les agents des services hospitaliers qualifiés sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils effectuent également les travaux que nécessite la prophylaxie des maladies contagieuses et assurent, à ce titre, la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel et concourent au maintien de l'hygiène hospitalière. »⁵¹

Dans ce texte il est clairement précisé le rôle de l'ASH en ce qui concerne l'entretien des locaux. Les « tâches permettant d'assurer le confort des malades » restent interprétables. Est-ce suffisant pour arguer de la tolérance des tutelles ?

Mise en relation avec l'article R4311-4 du code de la santé publique :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et

⁵¹ Lien Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000276303#LEGIARTI000006722563>.

dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. »

Le texte ne mentionne pas la possibilité de la collaboration de l'ASH avec l'infirmière et va à l'encontre d'une interprétation de tolérance qu'on pourrait avoir pour les propos : « tâches permettant d'assurer le confort des malades ».

Le cadre d'EHPAD a donc intérêt à définir l'organisation du travail de l'équipe sur la base de ces données et à respecter le rôle strictement défini par la qualification de chaque membre de l'équipe.

C'est la seule base sur laquelle une négociation sera possible si l'effectif s'avère insuffisant à satisfaire les conditions de qualité des soins. C'est aussi la seule qui sera admise en cas de contrôle par l'autorité de tutelle étatique : l'ARS.

3 Question de recherche et hypothèses

Considérant le contexte suivant :

Les conditions économiques imposent une baisse des moyens mis à disposition des équipes d'EHPAD et, un des rôles du cadre est l'accompagnement d'équipe dans tout changement

Alors mes recherches se porteraient vers :

« Les pratiques managériales ayant pour objectif de donner du sens au travail (comme l'analyse réflexive de pratique, la conduite de projets, le travail en coopération, la reconnaissance du travail, la recherche de qualité des prises en charge), appliquées à une équipe d'EHPAD, ont-elles une influence sur la résistance au changement et l'absentéisme.» ?

Je pose l'hypothèse que :

« La conduite de projet réalisée en EHPAD peut amener l'équipe à développer les motivations propres à engager, initier une évolution des pratiques professionnelles. »

Je tenterai de la vérifier par l'analyse d'une enquête menée auprès de cadres d'EHPAD.

4. Enquête

4.1 Méthodologie:

J'ai téléphoné à différents EHPAD afin de savoir si des stratégies managériales donnant du sens étaient présentes dans les pratiques des managers. Seul les EHPAD assez important, avec la présence en poste de plusieurs cadres, ont répondu faire de la conduite de projet. Je n'ai pas trouvé de cadres réalisant formellement des analyses de pratiques professionnelles, en EHPAD.

Le fait que seules les structures plus importantes mettent en route ce genre de techniques m'interroge : les petites structures ont-elles des encadrants suffisamment formés et informés et si oui, ont-ils les moyens de mettre en œuvre ces pratiques ? Il est plausible aussi que les encadrants de certains petits établissements pratiquent intuitivement, par observation directe de leur quotidien, ces techniques managériales sans forcément y mettre un nom et une formalisation.

Trois établissements ont accepté de me recevoir, avec une autorisation du service de la DSI, du service RH, ou de la direction.

J'ai eu six entretiens⁵², un avec un cadre supérieur et 5 avec des cadres de proximité. Quatre de ces six cadres professent dans le même établissement, mais dans des services différents.

La grille destinée à conduire ces entretiens a été conçue, en projetant pour chaque question les éléments d'information recherchés. Pour chaque question ouverte, une possibilité de relance avait été préparée pour le cas où les champs d'exploration qui me paraissaient importants et que je souhaitais communs à tous les cadres, ne seraient pas abordés.

Lors de la pratique de ces entretiens, il m'est apparu dès la retranscription du premier entretien que j'étais trop souvent et rapidement intervenue, me donnant, à l'écoute de l'enregistrement, l'impression de couper la parole de mon interlocuteur, certes dans un souci de reformulation, mais trop rapidement, écourtant sa possibilité d'expression. Grâce à la chronologie de mes entretiens et parce que j'ai procédé à cette retranscription avant de pratiquer les autres entretiens, j'ai pu, pour les suivants, me recentrer sur l'écoute et intervenir à minima.

Les questions posées étaient les suivantes :

1/ En premier lieu, je demande au cadre de me présenter l'établissement, puis le service dans lequel il exerce, demandant le nombre de lits et l'effectif qu'il encadre.

L'objectif de cette question est de pouvoir, si nécessaire, comparer les établissements et les conditions de travail (rapports effectifs/lits)

⁵² Grille d'entretien en annexe 1.

2/La deuxième question est : « Faites-vous de la conduite de projet ? » Question suivie par une autre, sur la recherche des objectifs motivant cette pratique et la manière dont le cadre l'utilise.

Outre le fait de valider que ce cadre correspond bien à la population définie pour l'enquête, le but recherché est de savoir ce qui motive l'adoption de cette pratique managériale et le degré d'implication du cadre dans cette conduite de projet.

3/La troisième question porte sur les effets positifs ou négatifs constatés par chacun, suite à l'emploi de cette pratique.

L'objectif est de rechercher des indicateurs témoignant des conséquences de l'utilisation de la conduite de projet, et de les rapprocher des objectifs du cadre (enquêtés en question 2).

Les relances utilisées portent sur le turn-over, les motivations, l'investissement, la création de sens au travail.

4/ La quatrième question porte sur l'évolution du taux d'absentéisme dans le service du cadre. Est-il chiffré (indicateur objectif) ou sinon quel est le ressenti du cadre à ce sujet ?

L'objectif est la recherche d'indicateurs non subjectifs si possible, et une estimation du retentissement.

Si une évolution du taux d'absentéisme était évoquée, je demanderais si un rapprochement avec la conduite de projet est pertinent.

5/ La cinquième question enquête sur le constat d'évolution des pratiques professionnelles de l'équipe, par le cadre. Et en cas d'évolution constatée -ou non- quelles en sont d'après lui les raisons ?

Les relances prévues : la formation, la ré-interrogation des routines, l'analyse des pratiques professionnelles ou la pratique réflexive, les lectures professionnelles, l'indicateur de satisfaction des usagers, l'ambiance au travail.

L'objectif de cette question est de rechercher des indicateurs de sens du travail, de cohésion d'équipe, de culture de l'équipe.

6/ La sixième question est formulée ainsi : « Avez-vous des remarques non encore évoquées au sujet de la conduite de projet ? »

L'objectif de cette question : laisser la possibilité d'exprimer des réflexions autonomes, favoriser l'émergence d'informations non prévues.

Avec relance sur les éventuelles difficultés de mise en œuvre de la conduite de projet pour le cadre, si elles ne sont pas spontanément énoncées.

7/ la septième question porte sur la connaissance -ou non- par le cadre de pratiques autonomes développées par l'équipe et susceptibles de donner du sens à leur travail, de révéler leur culture.

Cette question a pour objectif de rechercher des indicateurs de cohésion d'équipe et de son degré d'autonomie.

8/ La huitième question porte sur l'âge du cadre, l'année d'obtention de son diplôme, sa satisfaction quant à l'apport de sa formation de cadre et de son master, comment il entretient ses connaissances professionnelles, et la date de sa prise de poste en EHPAD, et, dans le cas où il aurait une expérience antérieure en EHPAD, celle-ci lui a-t-elle servi à une meilleure compréhension de son équipe actuelle?

L'objectif est une recherche de relation entre la formation du cadre et ses pratiques professionnelles, et une expérience de terrain servant ou non à la compréhension de l'équipe.

9/ Enfin la neuvième question recherche l'opinion du cadre sur la nécessité de donner du sens au travail.

L'objectif est de chercher des facteurs ayant entraîné une perte de sens du travail par les équipes (liens avec les restrictions budgétaires, non reconnaissance du travail en gérontologie) et les bénéfices obtenus par le regain de sens (lien avec qualité de soins, cohésion d'équipe, et potentialité d'évolution des pratiques professionnelle).

Ayant réécouté ces entretiens, je me suis organisée de manière à classer les informations recueillies dans des tableaux pour faciliter leur interprétation. J'ai choisi de faire un tableau par question que j'ai renseigné avec les informations recueillies auprès des six personnes rencontrées.⁵³

4.2 Résultats

4.2.1 Les établissements

Ils sont au nombre de trois et tous appartiennent au secteur public, deux sont rattachés à un hôpital et un est autonome (départemental).

⁵³ Grille d'analyse : tableaux en annexe 2.

4.2.2 Les équipes

En ce qui concerne le cadre 1, pas de gestion d'équipe directe, c'est le cadre supérieur du pôle gérontologique de l'hôpital, incluant l'EHPAD de 240 lits.

Pour les autres services j'ai choisi comme mode de comparaison le calcul d'un ratio issu de la division du nombre d'ETP (AS/AMP/ASH) par le nombre de lits du service.

Services	Nombre de lits	ETP AS/ASH/AMP	Ratio :	Services annexes (ne se comptabilisant pas en lits)
			$\frac{\text{Nombre d'ETP}}{\text{Nombre de lits}}$	
Cadre 1	240			
Cadre 2	69	25	0.362	Accueil de jour
Cadre 3	80	30	0.375	
Cadre 4	60	43	0.716	Accueil de jour et plateforme de répit, PASA
Cadre 5	81	29	0.358	
Cadre 6	120	45	0.375	

Impossible de faire le ratio pour le cadre 1 : je n'ai pas de renseignements sur l'effectif de l'EHPAD.

En ce qui concerne les autres services, j'ai fait les calculs avec les renseignements recueillis et l'interprétation liée aux circonstances de recueil d'information : certains cadres ne savent pas au chiffre près le nombre de personnes composant leur équipe, certains divisent les ETP par services. J'ai donc pris en compte les informations livrées et tenté d'en faire l'interprétation la plus proche de la réalité. Il s'agit donc ici d'une estimation, appliquée de la même manière aux différents services ce qui permet d'obtenir un mode comparatif.

Les services non comptabilisés en lits ont du personnel dédié, qui n'est donc pas pris en compte dans le calcul du ratio.

Donc, 4 services sur six ont un ratio compris entre 0.358 et 0.375. Un n'a pas pu être calculé et un service a un ratio à 0.716, soit quasiment le double de la moyenne du ratio des 4 autres services.

4.2.3 Les cadres

Pour faciliter l'analyse, j'attribuerai les propos des cadres en les identifiant : C1 pour le cadre 1, C2 pour le cadre 2, etc...

La tranche d'âge s'étale entre 37 ans et 51 ans. Quatre sont diplômés et deux nommés (C4 et C5)

Au sujet de la satisfaction du contenu de l'école des cadres, sur 4, deux sont satisfaits (C2 et C6) et deux non (C1 et C3).

Au sujet des études universitaires (les six en ont suivi), 3 y ont trouvé intérêt (C2, C4, C5), trois non. (C1, C3 et C6)

La satisfaction du contenu des études tant pour le cursus cadre qu'universitaire obtient la moyenne en ce qui concerne les diplômés pour l'école des cadres mais 1 seulement est satisfait du master associé.

Les cadres nommés sont eux très satisfaits (2/2) de leurs cursus universitaire qui semble cumuler expertise en une matière choisie et techniques de management.

Trois (C3, C4 et C5) sur six avaient une expérience professionnelle en EHPAD avant leur prise de poste, et deux (C4 et C5) sur trois ont jugé cette expérience profitable à la compréhension de l'équipe, l'autre (C3) a eu du mal à trouver sa place dans l'équipe avec laquelle elle avait travaillé en tant qu'infirmière. Ces trois cadres n'ont pas eu d'expérience -en tant que professionnel de santé - autre que celle de l'EHPAD.

Les autres cadres (C1, C2 et C6) n'ont pas trouvé de difficulté majeure à la prise de fonction sans expérience.

Autrement dit, l'expérience de l'EHPAD quand elle est présente est 2 fois sur trois ressentie comme profitable à la compréhension des problématiques de l'équipe, mais l'inexistence d'expérience en EHPAD n'a pas été perçue comme un frein pour tous les autres cadres lors de leur prise de poste dans cet établissement médico-social.

Les moyens utilisés par les cadres pour entretenir leur connaissances professionnelles : sur six, cinq ont spontanément parlé de formation continue (C1, C3, C4, C5, C6). Puis viennent : l'échange avec les pairs professionnels (C3), la documentation (C3) les recherches personnelles (C2, C3, C6), l'observation du quotidien et l'exploitation de l'expérience (C4). Une évoque un manque de temps pour effectuer des recherches régulières (C6).

La formation professionnelle continue est pratiquée et reconnue par une majorité de cadres. (5 sur 6). Seule C2 ne l'a pas spontanément mentionnée. C'est la seule à être satisfaite de sa formation initiale en totalité, master compris.

Le contexte est posé, voyons maintenant les informations recueillies.

4.2.4 Les objectifs de la conduite de projets

Pour les six cadres, la notion d'évolution des pratiques professionnelles et de dynamisme, la cohésion d'équipe font partie des objectifs de la conduite de projet. Tous font aussi le lien avec une injonction règlementaire : évaluation interne et externe, projets de vie, d'établissement ré-évaluable tous les cinq ans.

L'origine de cette démarche projet est bien dans les injonctions réglementaires, mais est vue comme l'opportunité d'un « l'arrêt sur image » permettant de faire un bilan et de projeter une amélioration des pratiques.

Pour tous les cadres, cette conduite de projets est continue et formalisée (sauf C5) qui dit « ne pas toujours formaliser les petits projets ». Les cadres qui font une programmation, la font au rythme de l'injonction « moteur » : sur cinq ans pour l'évaluation externe et le projet d'établissement.

Un cadre (C5) relève la difficulté de cette programmation liée à l'échéance de l'évaluation externe : il juge les projets envisagés trop nombreux, ce qui les rend inatteignables, donc démotivants pour l'équipe. Il préfère en programmer moins et les faire aboutir.

4.2.5 Les effets constatés

Un effet négatif est mentionné par un seul cadre (C6), qui le pondère : la mise en présence d'agents moteurs et d'agents passifs vis-à-vis de l'implication dans la démarche projet, sans conséquence grave sur la cohésion d'équipe : aucune scission n'a été constatée.

Les effets positifs nommés concernent la réflexion sur les pratiques professionnelles (C1, C2), la valorisation du travail des agents (reconnaissance) (C2), l'harmonisation des pratiques (C3), le dynamisme d'équipe (C4, C6), la progression (« ça fait avancer » dit C5), l'élargissement du point de vue du soignant et des résidents (C6 : création d'un autre cadre de référence par le projet animation).

L'augmentation de la motivation de l'équipe par le projet est noté par 4 cadres (C3, C4, C5, C6) sur six, le sens donné au travail par cette pratique est mentionné deux fois sur six (C2, C3). Un cadre parle de pratique réflexive induite par la remise en question des pratiques professionnelles (C2) et insiste sur l'importance de la participation de l'agent à la démarche projet. Deux (C5, C6) notent l'importance d'obtenir l'adhésion des agents à toute proposition d'amélioration des pratiques. Une (C6) souligne la nécessité d'expliquer la raison de cette amélioration aux agents et dans le même ordre d'idée, un (C5) dit que « la communication est essentielle ».

Le cadre 4 (C4) évoque un phénomène de résistance au changement minoré voire éradiqué par l'habitude de mener des projets dans l'équipe. Elle ajoute (C4) que son équipe a été constituée sur la base du volontariat. Lors du recrutement, les attentes du service ont été clairement exprimées. Elle dit que c'est sans doute une raison pour laquelle son équipe est si motivée.

On peut donc déduire que les effets positifs sont fréquents. En revanche la manière de les exprimer ne fait pas apparaître une flagrante majorité hormis en ce qui concerne la motivation. Chacun complète cette notion de motivation par d'autres intitulés : sens au travail, pratique réflexives, communication.

Au sujet du turn-over de personnel, aucun cadre ne constate de modification due à la conduite de projet, l'explication du turn-over est surtout institutionnelle (politique de remplacement

par embauche de contractuels). Le turn-over est plutôt perçu comme un frein à la continuité des projets (C4) en raison de la participation discontinue des contractuels.

4.2.6 L'évolution du taux d'absentéisme

Aucun des cadres interrogés n'a donné une évolution chiffrée du taux d'absentéisme.

Je travaillerai donc sur leur ressenti.

Trois cadres (C2, C5, C6) sur six ne constatent pas d'absentéisme dans leurs services respectifs.

Un cadre mentionne un absentéisme élevé mais stable (C3).

Le cadre supérieur (C1) ne fait pas de lien entre évolution du taux d'absentéisme et conduite de projet.

Une cadre (C4) lie sans aucune hésitation l'assiduité au travail à la conduite de projet, elle ajoute même qu'il génère le sens des responsabilités et le présentéisme.

Il est nécessaire de s'arrêter sur la définition de cette notion de présentéisme.

Le dictionnaire Larousse le définit ainsi :

« Fait d'être assidûment présent, notamment sur le lieu de travail »

Cette définition brosse un tableau positif du présentéisme, qui semble remis en question par des études en cours :

L'Anact⁵⁴ dans un document d'avril 2014 en parle en ces termes :

« Dépasser ses horaires en permanence, travailler le soir et le week-end, ne pas prendre ses congés, venir au travail même malade, autant de signes du présentéisme. La présence excessive au travail est un symptôme de dysfonctionnements qu'il faut apprendre à décrypter. »⁵⁵

« Sociologues, psychologues, spécialistes du travail... ils sont peu nombreux à traiter du présentéisme, le sujet ne fait encore qu'émerger : on le définit, on cherche à établir des indicateurs, à le mesurer. Bref, en France, ce sont les premières études. Autant dire que les entreprises sont encore loin de s'être emparées du sujet. »⁵⁶

Donc le présentéisme est à l'étude et rien ne prouve, à l'heure actuelle, que ce comportement soit souhaitable, ni pour les organisations, ni pour leurs employés.

Le cadre qui a évoqué le présentéisme, a spontanément tempéré son propos par « une responsabilisation dans l'absentéisme ». Je pense qu'elle souhaitait exprimer une assiduité au travail, particulièrement développée dans son service, indicateur d'une bonne cohésion d'équipe.

⁵⁴ L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

⁵⁵ http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=37011636

Anact « présentéisme, une autre face de l'épuisement professionnel

⁵⁶ « Travail et changement » n° 354 mars/Avril 2014 (Anact), en ligne : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/14900380.PDF>.

4.2.7 L'évolution des pratiques professionnelles

Les six cadres sont unanimes : ils constatent la progression des pratiques professionnelles des agents composant l'équipe avec laquelle ils travaillent.

Ils la mesurent en comparant l'évaluation des pratiques professionnelles avant et après interrogation des pratiques, lors du bilan fait au cours de la préparation de l'évaluation externe ou la préparation du projet d'établissement.

Tous évoquent la conduite de projet comme une incitation à la réflexion voire à une pratique réflexive de l'équipe, certains (C5, C6) évoquent l'importance de la compréhension du changement demandé et la nécessité l'adhésion de l'équipe au projet, et l'une d'eux conclut qu'avec les projets, il n'y a pas de lassitude (C6).

La relation entre l'amélioration des pratiques professionnelles et la formation continue est soumise à conditions : pour un cadre (C1), s'il est possible d'évaluer la formation, son efficacité sur le terrain est plus délicate à objectiver. Trois cadres (C3, C5, C6) soulignent l'importance d'accompagner le retour de formation de l'agent. Le cadre doit épauler l'agent qui a la volonté de faire modifier une pratique professionnelle. Le plan de formation doit être en cohérence avec les projets de services (C2, C3, C5) et l'évaluation annuelle de l'agent (C2). Il paraît plus efficace de former un grand nombre d'agents : les agents partant seuls en formation ont plus de mal à engager un changement de pratiques (C3). Un cadre mentionne la relation constatée entre la conduite de projet et l'envie pour les agents de faire partager leur acquisition avec l'équipe en retour de formation (C6). Le rôle du cadre est de superviser le plan de formation, de définir le nombre optimal d'agent à envoyer à une même formation, et d'accompagner les agents à leur retour de formation (validation de changement, aide au changement).

L'indicateur de satisfaction des usagers n'est pas considéré spontanément comme un indicateur d'évolution des pratiques professionnelles. Par contre l'importance d'intégrer les usagers et leurs proches dans la réflexion sur l'évolution des pratiques est, elle, mise en avant par un cadre (C2).

Chaque cadre reçoit les proches à la demande de ces derniers. L'une provoque des rencontres à l'occasion de la présentation du projet de vie (C6). La question de relance était, je pense, mal formulée : « La satisfaction des usagers et de leurs proches est-elle prise en compte ? »

Je me suis aperçue à la réécoute des entretiens que les cadres ont répondu d'abord à un niveau institutionnel et normatif : « évaluation externe » (C1), « enquête que je n'ai pas eu le temps de faire cette année » (C2), « questionnaire mené par la direction pour le projet d'établissement » (C3), « enquête institutionnelle peu exploitée ou avec retour inefficace » (C5 et C6). Puis a été évoquée la relation directe aux proches des usagers. Il est en fait surtout question des proches et de la communication aux proches. Spontanément le cadre C4 a parlé de « communication aux usagers par l'équipe et moi si problème ». C2 dit à un autre moment de

l'entretien qu'elle consacre beaucoup de temps aux familles. C5 voit les familles à la demande. C6 voit les familles de manière plus cadrée : elle donne des rendez-vous pour présentation du projet de vie par exemple, pour des temps de bilan et sur sollicitation des familles.

Donc 4 cadres (C2, C6, C4, C5) sur 6 évoquent l'importance de la relation directe avec les usagers mais il est plus souvent question des proches que des résidents eux-mêmes, soit par l'équipe soit par eux. Ils en retirent forcément un indicateur de suivi de la satisfaction donc un indicateur de qualité des pratiques professionnelles. Pour preuve C4 constate que les proches ne contestent plus les augmentations de prix de journée s'ils sont satisfaits des prestations dont bénéficient leurs parents.

L'ambiance au travail est qualifiée de bonne par 4 cadres (C2, C3, C4, C5.). C1 nuance son propos par rapport à la conduite de projet : certains sont plus porteurs de bonne ambiance que d'autres. Un cadre (C3) mentionne l'existence d'un questionnaire de recherche des risques psychosociaux, diffusé deux fois par an auprès du personnel de l'établissement et qui recense à peu près toujours les mêmes doléances. Un cadre (C4) qualifie l'ambiance de très bonne notant la capacité de l'équipe à s'autogérer et autoréguler « les plaintes stériles ». Un cadre (C6) rencontre une difficulté en voie d'amélioration avec une de ses trois équipes victime récemment de burnout.

Les lectures professionnelles ne sont aucunement standardisées.

Je n'ai pas relancé C1 à ce sujet parce qu'à ce moment de notre entretien il m'a montré son registre de programmation de projets et que j'ai oublié par la suite d'y revenir. En ce qui concerne les cinq autres : un cadre (C2) met à disposition des dossiers qu'elle conçoit elle-même, en rapport avec des sujets abordés avec son équipe, un cadre (C3) répond simplement non, un cadre (C4) dit que c'est au choix de l'agent mais constate que beaucoup se documentent, un cadre (C5) dit qu'il ne rend pas cette pratique obligatoire mais qu'il monte un espace de documentation au sujet du projet de création d'une équipe mobile de soin palliatifs, enfin un cadre (C6) dit que seules les infirmières ont des lectures professionnelles.

La lecture de documents professionnels se fait par choix pour les agents. Les cadres peuvent inciter, conseiller, mettre à disposition des documents. Seule l'équipe de C4 semble se documenter spontanément.

4.2.8 Les remarques au sujet de la conduite de projets.

Une remarque très spontanée du cadre supérieur (C1) : « C'est lourd ».

Deux cadres (C2, C5) évoquent spontanément l'importance du rôle du cadre dans cette pratique : pour fédérer, insuffler le dynamisme au bon moment et le maintenir. Sont primordiaux aussi à leurs yeux le rôle organisationnel du cadre et son travail de persuasion pour l'obtention de l'adhésion de l'équipe au projet. Un cadre (C4) évoque les contraintes de limites budgétaires limitant les projets et le rôle important de l'équipe pour y trouver des solutions.

Spontanément, ou à la suite de ma relance sur le temps engagé dans cette conduite de projet, : tous disent sans conteste y trouver un intérêt (« améliore les conditions de vie, le rôle du cadre est d'être auprès de l'équipe, plus intéressant que les plannings »...) et tous déplorent le manque de temps à y consacrer (C3, C5, C6) ou du moins mentionnent la nécessité pour le cadre (C1, C2, C4) de faire preuve, en continu, d'une énergie incitative pour mener les projets et d'une attention bienveillante pour répondre aux sollicitations d'une équipe impliquée.

L'intérêt des cadres pour la conduite de projets est unanime : ils préfèrent se consacrer à cette tâche plutôt qu'à des fonctions plus administratives, tout en admettant que celles-ci doivent être accomplies pour le bon fonctionnement de l'équipe. Ils y voient la concrétisation de leur rôle d'encadrant d'équipe.

Cependant, la gestion du temps semble devoir être maîtrisée : trois cadres de proximité (C3, C5, C6) décrivent leur charge de travail comme très importante. Un la contrôle en cumulant les heures supplémentaires (C5). Un autre (C6) commence à entrevoir une possibilité de changement de poste si, le poste de cadre actuellement vacant qui génère pour elle une charge de travail supplémentaire, n'est pas pourvu dans un délai raisonnable. C3 qui a choisi de travailler à 80%, dit qu'elle doit se forcer à abandonner les tâches de gestion (planning) pour se consacrer aux projets. C3 et C6 sont les deux plus jeunes du panel. C6 m'a parlé de ses filles jumelles et C3 a probablement une vie extérieure à préserver qui justifie son choix de ne travailler qu'à 80%. C5, un homme de 51 ans, dit cumuler les heures, mais dans son discours je n'ai pas senti d'amertume à ce sujet. Il m'a plutôt semblé qu'il s'agissait d'un choix en accord avec sa personnalité. Il met en évidence les intérêts de ce choix (être là aux heures où les familles viennent par exemple), mais aussi les incidences de ses choix qui semblent plutôt l'amuser (les autres services dont le cadre est parti l'appellent s'ils ont un problème car c'est de notoriété qu'il est présent tardivement sur son lieu de travail, il devient ressource des autres équipes).

4.2.9 Les pratiques autonomes

Le cadre supérieur (C1) n'en a pas connaissance, mais espère que ses équipes en ont. Deux cadres (C4 et C5) mentionnent une grande autonomie de leur équipe et un autre (C3) explique que l'équipe prend des initiatives, dans un contexte défini par elle (toute l'équipe doit être consultée) puis réfère au cadre de la nouveauté instaurée. Pour moi, elle décrit une équipe autonome.

A cette question sur l'existence des pratiques autonomes, le cadre 2 (C2) parle de son équipe comme d'une équipe respectueuse des forces et faiblesses de chacun de ses membres. C'est la réponse n'évoque pas la connaissance de pratiques autonomes à mon sens, mais fait écho à l'article « Etre avec les autres » qui dit que reconnaître les qualités des autres sans s'en sentir diminué est porteur d'évolution, de coopération. Elle est donc plutôt un indicateur d'équipe coopérative.

Le cadre 6 (C6) ne souhaite pas, quant à elle, le développement de pratiques autonomes par l'équipe : elle a eu de mauvaises expériences avec l'équipe en difficulté et préfère qu'un

changement initié par son équipe lui soit d'abord soumis. Elle pratique la délégation (n'a pas d'autre choix dit-elle) et la soumet à son contrôle.

On constate que les cadres sont plutôt en faveur de pratiques autonomes, qu'ils les connaissent, les décrivent, les évaluent (sauf C1 mais il n'est pas encadrant de proximité). C6 dit clairement ne pas souhaiter cette autonomie sans contrôle.

4.2.8 Pourquoi doit-on redonner du sens au travail ?

A ma surprise, le contexte financier actuel n'est pas mis en première ligne : seul le cadre supérieur (C1) l'évoque spontanément. J'y avais fait allusion en expliquant le cadre contextuel de mes recherches. Il l'aurait sans nul doute mentionné sans mon intervention, car son recrutement a été fait dans un but de retour à l'équilibre financier de l'établissement, qu'il nomme maintenant « plan de performance ». Un autre cadre (C2) met en relation les difficultés financières, l'évaluation externe et en évoque les conséquences positives : l'évolution des pratiques professionnelles.

Un cadre(C2) met en cause la charge de travail importante et toujours croissante dans les EHPAD.

Un cadre(C2) évoque la représentation négative qui existait à l'hôpital auquel est rattaché son EHPAD : être muté à l'EHPAD était vécu comme dégradant par le personnel de soin, et assimilé à une sanction. Ce n'est actuellement plus le cas, ce qui semble témoigner de l'évolution de la culture en gérontologie, du sens retrouvé par les professionnels à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ce n'est pas dit en ces termes, mais on peut comprendre la relation avec l'évolution de la culture de travail en gérontologie.

En lien avec la culture, un autre cadre (C4) évoque l'évolution de la décision de placement et de sa signification pour les familles et pour les soignants, l'évolution des deux points de vue étant concomitante : « avant on abandonnait son parent, maintenant on le confie et on l'accompagne ».

Deux cadres (C5 et C6) font un lien avec l'évolution de la société : les agents viennent par nécessité économique là où il y a du travail et non par choix, donc la motivation est peu présente. C6 évoque le problème de la génération desservie par une éducation nationale qu'elle juge déficiente et qui injecte sur le marché du travail des personnes mal formées auxquelles il faut apprendre les droits et les devoirs de l'institution. Elle constate aussi l'émergence de nouvelles valeurs de communication qui peuvent être interprétées comme des incivilités, de l'incorrection dans les propos adressés au supérieur hiérarchique. Pour elle, il est impératif d'informer le personnel des règles institutionnelles et du fonctionnement de l'institution. Ces informations sont importantes pour clarifier le rôle de chacun. Il est souhaitable qu'elles apportent également les éléments nécessaires à la compréhension des changements demandés aux équipes opérationnelles, et du contexte ayant imposé ce changement (difficulté budgétaire, texte de loi, ...).

Pour un cadre (C5), les problèmes financiers au niveau de l'état sont source d'iniquité dans la prise en charge des résidents en fonction de leur pathologie : les services s'occupant de malades d'Alzheimer ou d'handicapés sont mieux dotés que ceux hébergeant des adultes vieillissants standards.

Une seule réflexion est commune à deux cadres : l'évolution sociale impacte l'évolution des personnes embauchées et donc les stratégies d'encadrements sont à adapter à ces nouveaux comportements individuels.

On peut penser qu'en fonction de ses explications personnelles à la nécessité de donner du sens au travail, chaque cadre va orienter la culture de son équipe sur des chemins différents.

Pour faciliter l'analyse de ces multiples données, j'ai récapitulé les caractéristiques des équipes et du cadre les manquant. Vous pouvez accéder à ce récapitulatif en annexe 3.

4.3 Analyse

Ce recueil de données permet de constater la richesse des réflexions des encadrants d'équipe. Chaque manager est unique et donne un ton très personnel à son mode d'encadrement. Mais aussi, on peut constater, que chaque équipe a ses caractéristiques propres et que chaque service a ses contraintes et avantages spécifiques.

On peut, dans un premier temps, constater que les cadres 2 et 4 ne mentionnent dans leurs effectifs que des AS et des AMP. Les cadres 3 et 6 disposent dans leurs effectifs de plus d'ASH que d'aides-soignantes. Le cadre 5 ne précise pas les qualifications de son effectif. On peut s'interroger sur le mode d'allocation des effectifs par l'ARS : Suit-elle une règle commune à tous les services et établissements ou se base-t-elle sur l'antériorité des effectifs en poste au moment de recalculer l'effectif? Et si c'est le cas, toutes les conditions du respect des directives gouvernementales ; (cf. les décrets et articles du code de la santé publique cités dans le cadre conceptuel), sont-elles réunies par l'allocation de ces effectifs?

Quel que soit le mode de calcul adopté par l'ARS pour l'allocation des effectifs, ce qui surprend, c'est la différence entre le ratio de personnel de l'équipe du cadre 4 et celui des autres services (presque le double de personnel)

On peut, d'après les caractéristiques données par les cadres de leur équipe, penser que l'équipe de C4 est plus autonome, plus motivée, plus avancée dans sa recherche de travail réflexif, de cohésion d'équipe que les 4 autres. C'est une équipe dynamique, dont la culture est acquise, entretenue.

Peut-on en déduire que seul le ratio plus élevé est à l'origine de la prestation d'excellence de cette équipe ? Quels autres éléments distinctifs l'enquête nous fournit-elle?

Les agents de ce service ont été recrutés sur motivation, à l'ouverture du service, et ont vécu la construction de son fonctionnement et de sa culture. Le cadre explique que les orientations du

service ont été conçues de manière participative. On sait aussi que l'objectif de la conduite de projets de C4 est le dynamisme d'équipe. On peut donc supposer que, dans ce cas précis, la quantité d'effectif favorable s'accompagne d'autres facteurs (managériaux et culturels) et qu'ils agissent en synergie pour aboutir à l'efficacité de cette organisation. Le fait que la direction n'envisage pas de revoir l'effectif de C4 à la baisse laisse à supposer que la prestation d'excellence de son service est reconnue.

Les ratios de personnel des 4 autres services sont dans une fourchette plus restreinte et plus comparable.

On peut constater que, malgré les effectifs plus restreints, les cadres obtiennent, une cohésion d'équipe et une évolution des pratiques professionnelles certaine, mais moins aboutie que pour l'équipe de C4. Les cadres font un lien entre la conduite de projets et cette évolution des pratiques. Toutes les équipes sont sur le chemin d'une démarche réflexive. On peut penser que ces équipes, sont en train de forger leur culture propre, en cohérence avec les moyens dont elles disposent. Pour ces 4 équipes, la qualité de prise en charge des usagers est prise en compte et les conditions de travail sont adaptées à la charge de travail. Ici, on ne peut pas parler de prestation d'excellence mais bien d'efficacité.

On retrouve ici, la problématique du soignant partagé entre son désir de prestation d'excellence⁵⁷ et la nécessité d'efficacité qui amène aussitôt à la question suivante : Les organisations ont-elles les moyens de la prestation d'excellence⁵⁸ ?

Avec l'observation de C5, on peut affiner ici en appliquant cette problématique au contexte des lieux de vie en gérontologie. Ce cadre dit qu'il trouve inéquitable la répartition des subventions entre les services de gériatrie : les services à spécificité Alzheimer ou handicap sont mieux lotis que les services standards. Il travaille dans un service de gériatrie standard et son équipe a le plus petit ratio du panel : il connaît les conséquences sur le terrain de la répartition des subventions. Il a en projet la création d'une équipe de soins palliatifs mobiles. La création de spécificités est-elle une réponse à l'obtention de subventions supplémentaires pour les services ? Comment doit-on envisager l'avenir proche des EHPAD n'ayant pas développé de spécificités ? Est-ce une conséquence de la politique de santé publique favorisant le maintien à domicile, moins coûteux pour la société ?

Les pratiques managériales, prônées par les tutelles, sont au cœur de cette problématique économique. Elles sont un moyen pour parvenir à l'évolution des pratiques professionnelles et pour répondre à un besoin d'efficacité, au bénéfice des usagers et du personnel.

L'arbre ne devant pas cacher la forêt, une démarche de compréhension du système de soin doit tenir le cadre en alerte. C'est son implication de praticien réflexif au service de sa mission de soignant. Il s'agit de comprendre pour appliquer au mieux à court et long terme.

⁵⁷ En référence au cadre conceptuel p 16 de ce mémoire.

⁵⁸ En référence au cadre conceptuel p 16/17 de ce mémoire.

Par les réponses obtenues aux questions 2, 3 et 5 qui exploraient la notion d'accompagnement au changement, on voit que la variété de personnalité des cadres induit des directions d'équipe différentes dans les objectifs à court terme, mais tous ont pour but, dans le long terme, la qualité de la prise en charge des résidents et la qualité de vie au travail, dans le respect des compétences de leurs agents. Leur management est ciblé sur les résidents, et l'équipe.

Chaque cadre a sa manière de considérer l'équipe, de reconnaître son travail : C2 prend garde de donner du sens au travail et reconnaît la pénibilité de la charge de travail, est présente au quotidien. C3, encadre l'autonomie et l'organisation du travail, explique les changements. C5 dit que la communication est indispensable, souhaite faire avancer son équipe dont il pense qu'elle connaît le sens du travail. C6 délègue des tâches, encadre, contrôle, explique le fonctionnement institutionnel. C'est un éventail représentatif de l'importance de la personnalité du cadre, des objectifs de son management, des valeurs qui donnent le sens à sa direction d'équipe et imprègnent la manière dont il accompagne l'équipe.

En rapport avec la question 8 et qui concerne la formation des cadres et son impact sur leurs compétences, j'en arrive à penser que le principal atout dont les cadres doivent être pourvus, c'est d'une capacité de clarification de leurs valeurs et du sens de leur fonction. Cette clarification gagnera à être complétée par l'acquisition du goût de la recherche au service de l'atteinte des objectifs. La formation de base doit permettre le recul nécessaire à l'identification de ces valeurs, à leurs confrontations à d'autres valeurs et doit également ouvrir aux grandes lignes des techniques managériales. Le reste sera un travail personnel et continu.

C2 dit à propos des formateurs : « Ils nous donnent, il nous apportent de la théorie et c'est à nous après de nous en servir et de nous en nourrir ».

On peut s'interroger sur le choix des futurs cadres pour leurs écoles : le mode de sélection par concours multiples, ne contribue-t-il pas à modifier le choix initial du candidat pour une école particulière, souhaitée en regard de son projet pédagogique et du master associé, et ne risque-t-il pas d'obliger le candidat à se diriger vers une autre école, en fonction du concours obtenu ?

Pour rappel, l'article « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital » s'interrogeait sur la formation trop peu managériale des cadres de santé qui ne les prépare pas suffisamment à leur posture charnière entre les demandes des équipes et les injonctions de la hiérarchie ; auxquelles s'ajoute la gestion du quotidien organisationnel très chronophage. On sait qu'une réingénierie des études des cadres de santé est prévue par le gouvernement. Il est probable qu'elle suivra cette orientation de préparation du cadre de santé au management d'équipe, le rapport de SINGLY⁵⁹ va d'ailleurs en ce sens.

Reste le questionnement sur l'importance de l'expertise du cadre dans le domaine de compétence de son service : les formations de C4 et C5, plutôt ciblées sur une expertise dans un

⁵⁹ De Singly C. : Rapport de la mission des Cadres hospitaliers. Ministère de la santé et des sports 2009

domaine précis (gérontologie et soins palliatifs), semblent leur apporter de la crédibilité auprès de leurs équipes.

Ils évoquent, malgré tout, tous les deux soit une formation en management (apport par le master pour C4 et coaching), soit une expérience professionnelle en management (C5 a une expérience de travail en entreprise où il a été responsable du comité d'une entreprise de 400 personnes et il a aussi dû s'impliquer dans l'expérience d'un dépôt de bilan).

C6, très satisfaite de sa formation cadre, se montre ferme dans ses orientations : efficacité, délégation, importance de l'information sur le fonctionnement institutionnel, respect de la place de chacun et des règles institutionnelles qui m'ont paru refléter les orientations managériales acquises lors de sa formation et importantes pour elle.

C3 ne se dit pas pleinement satisfaite des apports de sa formation, elle accorde donc une importance majeure à l'échange avec ses pairs professionnels : la confrontation d'idées avec ses collègues est source d'apports continus et participe sans doute à compléter ses acquis.

On peut en déduire qu'une base managériale est incontournable et qu'une expertise dans le domaine du service apporte une crédibilité auprès des équipes. Il est donc important que l'école des cadres ne fasse pas l'impasse sur les techniques managériales. Le cadre, ensuite, pourra développer de lui-même son expertise dans le domaine de son service ou pourra la déléguer à un référent. En effet l'expertise doit être présente dans la création de la culture d'équipe et dans le choix des processus par l'équipe, mais n'est pas forcément du rôle du cadre, alors que le management est de sa responsabilité.

Pour rester dans le domaine de l'apprentissage, un éclairage est apporté sur la formation continue des soignants par la question 5. En fait, ce que les cadres en disent amène à penser que ce n'est pas la formation continue qui fait évoluer les pratiques professionnelles, mais plutôt que la formation profite aux agents déjà sensibilisés, motivés, qui développent une culture d'équipe, et qui sont aptes à parvenir à un changement. En fonction de l'équipe et de l'accompagnement de son encadrant, l'agent formé pourra transmettre ce qu'il a appris, voire initier des pratiques différentes. On peut donc penser que le plan de formation doit être adapté aux cheminements des équipes.

De la même manière que pour la formation, on constate que la lecture de documents professionnels se fait plutôt dans les équipes ayant développé une motivation au travail.

La culture d'équipe se construirait bien d'abord par la motivation, le sens du travail qui, dès lors qu'on y est sensibilisé, nous ouvre les portes de l'enrichissement de notre pratique par la formation ou tout autre moyen d'information : lectures diverses, conférences

La question 4, qui explorait l'évolution du taux d'absentéisme, visait à évaluer l'impact de la conduite de projets sur l'absentéisme. A ce propos, seule C4 note un taux d'absentéisme assez important mais stable. Les autres cadres estiment ne pas avoir de phénomène d'absentéisme dans l'équipe soignante.

Comme je n'ai pas recueilli de chiffres témoignant de l'évolution du taux d'absentéisme, phénomène dont semblent souffrir les EHPAD à un niveau national; je me demande si le fait d'avoir un pool de remplacement pour les cadres du troisième EHPAD et une politique institutionnelle de remplacement par contrats pour l'autre structure, ne minore pas la perception qu'ont ces cadres de l'ampleur de l'absentéisme dans leur établissement. Ils paraissent plus sensibilisés au turn-over induit par les contrats.

Une deuxième hypothèse peut-être formulée : si le faible taux d'absentéisme est bien réel dans ces équipes, alors, la conduite de projets a-t-elle une incidence sur ce taux ?

Si l'on considère les réponses à cette quatrième question, on peut penser que la conduite de projets n'a pas de conséquences directes sur le taux d'absentéisme. Or, le concept d'absentéisme exploré en début de travail nous oriente, lui, sur l'origine globale de l'absentéisme : les conditions de travail.

Si l'on s'attache aux réponses des questions 3 et 5, la conduite de projets concourt à redonner sens et intérêt au travail et permet de retrouver l'envie de soigner par une pratique réflexive et de créer une cohésion d'équipe. Ces faits peuvent être qualifiés d'amélioration des conditions de travail et peuvent donc, contribuer à une régulation du taux d'absentéisme à moyen terme.

La question 7 visait à évaluer l'organisation du service de soin et la place que les cadres attribuaient aux pratiques autonomes. La majorité des cadres sont favorables à ces zones d'autonomie, les connaissent, en définissent les limites. C'est une reconnaissance de la confiance qu'ils ont en leur équipe. Le cadre 6 est plus prudente, elle évoque de mauvaises expériences d'autonomie avec une équipe en difficulté, et de manière plus générale, trouve que le protocole hiérarchique doit être respecté : elle juge nécessaire d'être consultée pour toute décision, tout changement de pratique ou d'organisation.

Donc cinq cadres sur six sont en faveur de pratiques autonomes « contrôlées ».

Les pratiques autonomes gagnent à être connues du cadre : cela lui permet d'engager un travail avec l'équipe, dans l'objectif d'en comprendre le sens et de s'assurer que ces pratiques autonomes respectent bien le sens du travail, en références aux valeurs soignantes et à la culture de l'équipe. Auquel cas, ces pratiques seront une aide précieuse à l'obtention de l'adhésion de l'équipe à l'organisation des soins.

Les questions 6 et 9 avaient pour objectif de donner un espace d'expression plus libre à la recherche d'idées non induites par mes demandes.

On y retrouve l'importance de l'organisation du travail, à l'échelle du cadre et de la gestion de son temps. La charge de travail des équipes est à considérer, celle des cadres au même titre que celle des agents, au risque d'épuisement professionnel.

Le principal frein évoqué à la conduite de projets, c'est que le temps à lui consacrer s'ajoute à une charge de travail déjà lourde. On voit avec C6 que peut s'y ajouter un facteur rédhitoire : le sous-effectif des encadrants.

Les cadres trouvent pourtant grand l'intérêt à conduire des projets, c'est un moyen pour eux d'être en proximité avec leur équipe et de retrouver cette mission d'accompagnement d'équipe en complément de tâches plus administratives.

Dans les réponses à la question 9 (Pourquoi doit-on donner du sens au travail ?), on voit la grande diversité des points de vue exprimés et la pertinence des réponses qui, mises bout à bout, présentent un panorama assez complet de la problématique managériale : facteurs budgétaires, évaluation de la charge de travail, importance d'améliorer les conditions de travail, évolution de la culture gérontologique sociale, individuelle et professionnelle et en liens avec les évolutions de la société qui influent sur les comportements des individus embauchés.

A la lumière de cette enquête, je constate que les cadres de proximité sont peu revendicateurs au sujet des injonctions étatiques d'harmonisation et de contrôle qu'ils sont amenés à satisfaire comme : les évaluations internes et externes et les contraintes qu'elles impliquent. Tous constatent que ces directives les ont conduits à faire un bilan plutôt porteur d'évolution des pratiques. Ils leur reprochent leur caractère chronophage, mais ils ont su transformer les injonctions en évolution de pratiques professionnelles.

Avec du recul, les résultats de cette enquête, évalués sur six, pourraient presque en totalité être évalués sur cinq, le cadre supérieur n'étant pas en posture d'encadrement de proximité.

Néanmoins, il est intéressant de voir le décalage de ses réponses par rapport à celles des cadres de proximité. Je crois comprendre que la conduite de projets n'est pas menée à une même échelle par chaque niveau hiérarchique.

Le cadre supérieur de santé, en plus de la conduite des projets institutionnels, a en charge les conduites de projets de la démarche qualité. Son rôle est d'orchestrer les projets de service dans le contexte plus large de projets institutionnels et d'en déléguer la conduite opérationnelle aux cadres de proximité.

On perçoit bien que tous partagent le même objectif de qualité de prise en charge, le niveau de recul, est plus marqué chez le cadre supérieur de santé : il raisonne à l'échelle du pôle, et de l'établissement.

Il semble aussi avoir une analyse du contexte financier plus générale, qui lui donne un objectif supplémentaire à la qualité des soins : la nécessité d'efficience (il parle des « coupes sombres » qu'il a dû initier en prenant ses fonctions).

Les cadres de proximité remettent eux aussi en contexte, mais les problématiques de terrain paraissent être plus concrètement présentes pour eux, ce qui peut rendre plus difficile leur prise de recul, mais peut-être aussi apporter la garantie qu'ils signaleront les limites à ne pas dépasser sous prétexte d'économies.

Le rôle de chacun est important à identifier et la collaboration est essentielle à la bonne marche du processus.

4.4 Synthèse

Le but de cette enquête était de confronter les idées extraites de mes lectures et le terrain.

Les notions importantes pour moi à vérifier étaient la relation entre l'accompagnement de l'équipe par le cadre et l'évolution des pratiques professionnelles sans effet de résistance au changement. Je voulais également contextualiser l'accompagnement d'équipe, l'évolution des pratiques professionnelles avec les restrictions budgétaires d'actualité.

Une chose est déjà acquise : la conduite de projets avec une équipe d'EHPAD est réalisable et les résultats sont plutôt positifs même dans le cas d'une équipe en effectif minimum. On peut améliorer l'efficacité de la prise en charge et favoriser l'évolution des pratiques en obtenant une adhésion et une participation qui font sens pour l'équipe.

Cependant, cette conduite de projets rencontre des limites. L'effectif insuffisant par rapport à la charge de travail cantonne à l'efficacité alors que le professionnel aspire à une prestation d'excellence

Selon les auteurs du livre « Missions et Management », il n'est pas possible de fournir cette prestation d'excellence si les moyens donnés à l'équipe sont insuffisants. Or les multiples injonctions à restructuration et à réorganisation associées au cadre législatif (rôle des ASH auprès des personnes âgées), semblent aboutir à une diminution des ressources humaines à disposition des EHPAD.

Il faut alors viser à l'efficacité et déployer des solutions autres que la quantité d'effectif : la conduite de projets en est une. Le cadre doit développer des stratégies pour trouver les moyens les plus satisfaisants possibles et qui répondent à toutes les données du problème pour garantir la qualité de soins et le bien-être au travail.

On constate avec C6 que la conduite de projets alliée à des moyens suffisants ne génère pas de résistance au changement. Les autres cadres, moins bien pourvus en effectifs, ne mentionnent pas non plus de résistance au changement dans leur équipe. On peut donc penser que cette pratique est efficace pour éviter la résistance au changement systémique et, par effet de masse, la résistance individuelle. Cet évitement de la résistance au changement s'obtient sans condition de moyens supplémentaires autres que l'obtention de l'adhésion et la conduite participative.

On peut penser que la conduite de projets, si elle demande un effort à tous au début, peut induire un mode de communication qui imprègne le fonctionnement de l'équipe à la longue. On conçoit bien que les notions d'échange, de dialogue seront utilisées, par les équipes pratiquant le projet régulièrement dans toutes les autres situations de travail qu'elles rencontrent.

D'après Autissier et Mourot, le projet est un outil d'accompagnement. Le manager a tout avantage à en maîtriser le processus. C'est une manière de structurer l'équipe, de l'aider à trouver ses valeurs, le sens de son travail en recentrant ce dernier sur le résident.

Ici on voit que la conduite de projets peut faire évoluer les pratiques professionnelles de manière profonde, réfléchie et durable : l'équipe en faisant évoluer ses pratiques, change sa culture. Dire que la conduite de projets ne sert qu'à faire évoluer les pratiques professionnelles serait réducteur. Elle doit être vue dans sa dimension plus globale en tant que génératrice de cohésion, de collaboration.

Ceci majore son intérêt et contrebalance le risque de ne l'utiliser qu'à des fins économiques. On peut en faire une opportunité de travailler mieux avec moins, tout en restant vigilant sur les limites de cette pratique.

Le rôle du cadre dans l'organisation du travail et l'accompagnement d'équipe est primordial, complexe et difficile. Il nécessite que ce dernier maîtrise bien le contexte évolutif de la société. Il est indispensable qu'il ait une conception claire avec son positionnement envers la hiérarchie, l'équipe et l'utilisateur. Au regard de ces multiples données, il fera des choix organisationnels et leur donnera du sens.

Cette démarche est garante de l'authenticité du manager qui sera perçue par son équipe et qui confortera sa légitimité. Elle sera également source d'arguments que le cadre pourra déployer auprès de sa hiérarchie pour justifier ses choix, ses demandes. On peut penser qu'il reste au cadre une possibilité d'argumenter sur des besoins de moyens supplémentaires. Ces demandes doivent être étayées et découler de l'observance de l'application de techniques managériales reconnues et dont les conséquences sont argumentées.

Il faut ajouter à cela que la conduite de projets est plébiscitée par les cadres de proximité interrogés : l'intérêt de cette pratique vaut aussi pour eux. Elle semble également donner du sens au travail d'accompagnement du cadre.

Au regard de ces éléments, je pense mon hypothèse confirmée.

Il paraît tout à fait légitime voire indispensable d'instaurer cette pratique même avec des moyens réduits : elle apportera des bénéfices dans toutes les équipes et également à leur encadrant et permettra d'obtenir des prestations au minimum efficaces. Son côté participatif qui minore la résistance au changement induira de meilleures conditions de travail pour l'équipe et donc, en toute logique, également pour le cadre qui accompagnera le changement avant qu'il ne génère de résistance.

Cette enquête s'est intéressée au retour d'expériences de cadres pratiquant la conduite de projets. Elle nécessiterait un complément d'information à type de questionnaire par exemple pour pouvoir mettre en parallèle l'avis des équipes sur cette pratique.

Il serait également légitime de rechercher les marqueurs de satisfaction de l'application d'autres techniques managériales telle que l'analyse de pratique professionnelle.

Conclusion

Mon expérience de terrain dans un EHPAD en difficulté financière, sous contrôle pressant des tutelles (Audit organisationnel de l'ARS en ce qui concerne les responsabilités qui m'ont été confiées), m'a amenée à me questionner sur plusieurs points.

Peut-on améliorer les pratiques professionnelles des équipes en cas de réorganisation imposée ?

Peut-on agir sur la résistance au changement d'une équipe ?

Comment mieux accompagner les changements ?

Comment gérer le temps entre le travail prescrit d'une équipe et les demandes de participation à l'organisation, par le biais de groupes de travail ?

La grande réponse à ces questions qui, au final, sont convergentes n'est-elle pas : le management ?

En effet, j'ai déduit des résultats de l'enquête et du cadre conceptuel, que, même en période de marasme économique, l'évolution des pratiques professionnelles est non seulement possible, mais incontournable. Rechercher cette évolution est indispensables en permanence, quel que soit le contexte et fait partie intégrante du rôle du cadre de santé.

Cette recherche d'évolution qui s'appuie sur des techniques managériales éprouvées dans d'autres secteurs est parfaitement transférable aux équipes d'EHPAD.

Cette investigation des concepts m'a également convaincue que l'accompagnement au changement et la résistance au changement s'expliquent à la fois à des niveaux individuels et systémiques, et que le cadre dispose de leviers managériaux pour accompagner l'équipe au changement en générant le moins possible de résistance.

Quant à la gestion du temps de travail, il me semble indispensable de solliciter l'équipe sur des temps de travail coopératifs, participatifs. Le bénéfice de ces réflexions, s'il se fait sentir rapidement dans l'accroissement des motivations sera vite compris. Et, les meilleures conditions de travail, fruits de ces temps de réflexion devraient permettre une réelle amélioration de la gestion du temps de travail en qualité organisationnelle.

Cette nécessité de temps devra être accompagnée par le cadre, au même titre que toute nouveauté.

Enfin sur ce problème qui me préoccupait particulièrement : « Jusqu'à quel point peut-on faire mieux avec moins de moyens ? », j'en suis arrivée en croisant, le cadre conceptuel, l'enquête de terrain et les réflexions qu'ils m'ont inspirés, à la conclusion que le cadre tout en appliquant la demande de recherche d'efficacité doit maintenir sa vigilance sur la qualité des soins. S'il la sent menacée, seuls les arguments objectivés, issus de l'application des pratiques recommandées, pourront être recevables par les autorités décisionnaires.

Enfin, concluons que l'enquête de ce travail, ciblé sur l'avis et l'expérience des cadres de santé, gagnerait à être complétée par le recueil de l'opinion des équipes d'EHPAD et par la confrontation des résultats des deux enquêtes.

Bibliographie :

Ouvrages :

- MANOUKIAN Alexandre. « Les soignants et les personnes âgées, une approche psychosociale ». 5^e édition. Editions Lamarre. Pays-Bas : Wilco, 2012, 236 pages
- CONNANGE Sylvain, VERCAUTEREN Richard. « Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées ». France, Edition Eres, 2010, 144 pages. Pratiques gérontologiques.
- MINZBERG Henri. « Le MANAGER au quotidien. Les dix rôles du cadre ». France, Eyrolles, 2014, 283 pages. Références- Poche.
- AUTISSIER David, MOUTOT Jean-Michel. « Méthode de conduite du changement ». France, Dunod, 2013, 247 pages.

Chapitres d'ouvrages :

- MAS Bertrand, PIERRU Frédéric, SMOLSKI Nicole, TORRIELLI Richard, première partie, section 1, chapitre deux, pp 31-38 ; première partie, section 1, chapitre 3, pp 39-59 ; deuxième partie, section 1, chapitre 16, pp 217-227, deuxième partie, section 1, chapitre 20, pp 259-268.in « L'hôpital en réanimation ». Clamecy, 2011, Edition du croquant, 366 pages, Collection savoir agir. octobre 2011, 366 pages.
- FOUURIAT Michel. Chapitre 1 in « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médicaux sociaux. ». Presses de l'EHESS, 2013. Politiques et interventions sociales.

Articles :

- LEMETAIS Christine, BAILLET Christine, MOUNIER Jean-François, GIRAUD-ROCHOND François, VASSEUR Éric. Dossier : « De l'absentéisme au présentéisme », Soins Cadres, mai 2012 N°82, pp 11-22.
- DEVIGNE Michel, HABIB Johanna, KROHMER Cathy, BRAMI Laurent. « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD ». Journal de gestion et d'économie médicales, 2014, vol 32, n°1, pp 64-80.
- FALLA Willy, SIROTA André, « Être et faire avec les autres », Nouvelle revue de psychologie, n°14 2012/2, pp 173-189.
- DEJOURS C., DESSORS D, MOLINIER P., « Comprendre la résistance au changement ». INRS. Dossier médicotéchnique. Document pour le médecin du travail N°58, 1994, pp1-7.
- TACHON Raoul. « Gestion des ressources humaines dans les EHPAD : la cote d'alerte. », Pilotage RH, Juin 2014, pp12-13
- NOUICER Sonia : « Financement des EHPAD : les conventions tripartites ». Les cahiers de la fonction publique ; octobre 2013, numéro 337, pp 58-60.

- BRAMI Laurent, DAMARD Sébastien et KLETZ Frédéric. « Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. » Revue Politiques et Management Public N°29/3, Juillet/septembre 2012, pp 541-561.
- POPIELSKI Jean François, BOUTINET Jean-Pierre, BREME Vincent et CALVEZ Christophe, PROUTEAU Francis, DELORO Cyrille, COYER Gilbert, VERBEKE Lucie, ROUSSELY Bernadette, GASTE Marie Claude et PAYAN Danielle, Dossier : « Donner ou redonner du sens au travail ». Soins Cadre : n°87 Août 2013, pp 15-43.
- DICQUEMARRE Daniel « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu » in. Les travailleurs sociaux ont-ils peur du changement ? Les cahiers de l'actif N 292/293, 09/10 2000, pp 81-96. En ligne : http://www.actifonline.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf

Les textes législatifs :

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
- Article R4311-4, code de la santé publique. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913891>
- Décret n°98-715 du 18 août 1998 portant modification du décret n° 87-1107 du 30 décembre 1987 portant organisation des carrières des fonctionnaires territoriaux de catégories C et D. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000390468&dateTexte=>
- Décret n°2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière. En ligne : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8B24B4ED2F299F6883ED45BBC53A0A8F.tpdila12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000652483&dateTexte=20150504
- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. En ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&fastPos=1&fastReqId=1636463638&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>.

Sites web :

- <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/absenteisme>
Site consulté le 31/01/2015.
- <http://www.almacg.fr/actus/nos-actualites/actu/barometre-de-l-absenteisme-2013-d-alma-cg/>
Site consulté le 31/01/15.
- http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=106:loi-du-2-janvier-2002&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74
Site consulté le 08/02/2015.

- http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_dicquemare_292_293.pdf
Site consulté le 14/02/2015
- http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme?p_thingIdToShow=12281555
Site consulté le 22/02/2015
- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lois_reglements_projet_etablissement_anesm.pdf
Site consulté le 05/04/2015
- http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf
Site consulté le 5/04/2015
- http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=37011636
Site consulté le 5/04/2015

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Les grilles d'analyse des entretiens

Annexe 3 : Récapitulatif des caractéristiques par équipe et par cadre.

Annexe 4 : Entretien retranscrit de C2.

Annexe 1

Grille d'entretien :

Population interviewée : cadre de santé en EHPAD menant des conduites de projet

En noir les questions, en bleu les relances, en vert les éléments d'analyse.

1/L'EHPAD :

- L'établissement : combien lits, combien de cadres,
- Votre service : combien lits combien de cadres, effectif soignants (IDE, AS, ASH)

Etude structures : éléments de comparaisons.

2/ La conduite de projet

- Pourquoi
- vos objectifs
- Est-elle formelle, informelle,
- à quel rythme

Comment et pourquoi la pratique est appliquée : obligation institutionnelle, conviction et implication du cadre ?

3/ Avez-vous constaté des effets positifs ou négatifs consécutifs à l'emploi de ces pratiques ?

- Turn-over
- Motivations
- Investissement
- Conduit-elle l'équipe à donner du sens à son travail et si oui quels en sont les indicateurs

4/Connaissez-vous l'évolution du taux d'absentéisme dans votre équipe?

Si oui : un rapprochement avec la pratique étudiée est-il possible ?

Si non : quel est votre ressenti à propos du taux d'absentéisme ? (ses causes son retentissement sur la cohésion d'équipe)

Recherche d'indicateurs objectifs sur l'effet sur l'absentéisme et si non subjectifs

5/ Constatez-vous une progression des pratiques professionnelles des équipes ?

Si non : A quoi est-ce dû ?

Si oui : A quoi est-elle due

- Formations : induisent- elles une communication à l'équipe par les agents formés et des changements de pratiques ? (indicateurs de cohésion pour l'analyse)
- Analyses pratiques professionnelles : pratique réflexive habituelles lors des transmissions par exemple ?
- Ré interrogation des routines conduisant à des changements de pratiques
- Lectures de revues professionnelles
- Satisfactions des usagers et de leurs proches
- Ambiance au travail ? Comment la qualifiez-vous ?

Recherche d'indicateur de sens au travail, de cohésion d'équipe, de culture d'équipe.

6/ Avez-vous des remarques non encore évoquées au sujet de la conduite de projet ?

Par exemple difficulté de mise en œuvre ?

Evaluation personnelle de l'efficacité ?

Possibilité d'expression de remarques libres : ouverture à ce que je n'ai pas prévu

7/Avez-vous connaissances de pratiques autonomes développées par les équipes pour donner du sens au travail

Si oui : lesquelles ?

Indicateur de cohésions d'équipe, d'autonomie de l'équipe.

8/ Votre diplôme, votre expérience.

- Votre âge
- Année d'obtention du DCS et lieu des études
- Le contenu de votre formation de cadre de santé vous a-t-il donné les éléments nécessaires à votre pratique ?
- Quel master avez-vous préparé ? Vous a-t-il apporté des éléments supplémentaires nécessaires à votre pratique actuelle ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ?
- Quelle expérience professionnelle avez-vous eu avant d'exercer en EHPAD

Si expérience en EHPAD, a-t-elle une influence sur votre compréhension des problèmes d'équipe ?

- Par quels moyens entretenez-vous votre veille professionnelle ?

Relation entre formation du cadre et pratiques pro, recherche d'éléments en faveur ou défaveur de l'influence de l'expérience terrain

9/ Votre opinion sur la nécessité d'aider les équipes à donner du sens au travail ?

- Facteurs ayant entraîné la perte de sens (liens avec restrictions budgétaires, non reconnaissance du professionnalisme du personnel de gérontologie)
- Bénéfices à redonner du sens (liens avec qualité de soins, cohésion d'équipe, possibilité d'évolution des pratiques)

Annexe 2

Synthèse des entretiens :

QUESTION 1	Etablissement Service
Eléments recherchés	Eléments de comparaison des structures
Cadre1	Etablissement : EHPAD dépendant d'un hôpital. Pôle gériatrique (340 lits) ; EHPAD (240 lits). C'est le cadre sup de l'HEPAD.
Cadre2	Etablissement : EHPAD dépendant d'un hôpital. 160 lits Service 69 lits et accueil de jour/ effectif 11 IDE, 25 AS/AMP
Cadre3	Etablissement : EHPAD départemental : 540 lits (2 cadres sup, 7 cadres de santé) Service : 2x40 lits.et gestion des IDE de la résidence/ effectif : (24 IDE), 7 AS/8 ASH par service
Cadre4	Etablissement : EHPAD départemental : 540 lits Service : 60 lits, accueil de jour, plateforme de répit/ effectif : 43 ETP AS/AMP, 4 IDE, 1 neuropsychologue.
Cadre5	Etablissement : EHPAD départemental : 540 lits Service : 81 lits / effectifs : 29 soignants.
Cadre6	Etablissement : EHPAD départemental : 540 lits Service : 3x40 lits. / effectifs 6 IDE, 21 AS, 24 ASH.

QUESTION 2	La conduite de projet, quels objectifs ?
Eléments recherchés	Comment et pourquoi la pratique est appliquée : obligation institutionnelle, conviction et implication du cadre ? Formelle et continue
Cadre1	Projet dans le cadre de l'évaluation interne/externe. Objectifs réglementaires et travail sur les pratiques. Formelle et continue.
Cadre2	Objectifs : faire évoluer les pratiques professionnelles. En lien avec les axes d'amélioration déterminés par l'évaluation externe. Démarche participative, continue (programmée sur 5 ans), formelle.
Cadre3	Objectifs : amélioration des pratiques professionnelles En lien avec le projet d'établissement. Les projets de vie sont confiés aux cadres. Formelle et continue. Dit que c'est le début mais, conduite informelle de projets depuis 2003, menant à une « grosse » évolution des PP de base.
Cadre4	Depuis 2003 : en lien avec les projets de vie. Objectif : dynamisme d'équipe. Continue et formelle. « le projet de vie est dans la culture de l'équipe »
Cadre5	Continue pas toujours formalisée. Essaie en permanence de faire évoluer les choses Projet en cours de l'équipe mobile de soins palliatifs. Temporise sur les projets issus de l'évaluation externe qui induisent beaucoup de projets : pour lui projets trop nombreux qui n'aboutissent pas : démotivent l'équipe. Objectif : avancer
Cadre6	« On essaie ». Objectif : cohésion d'équipe, travailler dans le même sens en rapport avec les besoins du service. Formelle, continue depuis un an : permet de faire un retour à l'équipe de ses actions. Donne du sens aux projets de vie. Mets en lien avec évaluations interne/externe.

QUESTION 3	Avez-vous constaté des effets positifs ou négatifs consécutifs à l'emploi de ces pratiques ?
Eléments recherchés	
Cadre1	Positifs : remise en cause, réflexion sur les PP
Cadre2	Positif : valorisation du travail, reconnaissance. Importance de la participation et de l'adhésion des agents Pas d'effet sur le turn-over Favorise la pratique réflexive Donne du sens
Cadre3	Positif : harmonisation des pratiques. Utilisation d'outils qui rationalisent les choix (échelles) Pas d'influence sur turn-over Donne sens au travail, et motivation
Cadre4	Positif : dynamisme d'équipe ++ Motivation Investissement Pas de résistance au changement A nuancer avec : équipe constituée sur la base du volontariat
Cadre5	Positif : Fait avancer Communication essentielle Desir d'évolution, recherche = motivation Pense que les soignants connaissent le sens de leur travail, le projet permet de perfectionner ses pratiques.
Cadre6	Positif : projet entraîne pour elle un autre point de vue du soignants sur le soigné et vice versa (elle fait des projets pour l'intégration des adultes handicapés vieillissants portant sur de l'animation) Dynamique de groupe Permet d'identifié les agents motivés, référents. Pas de modification du turn-over Investissement Motivation Relance le questionnement des procédures Permet de travailler dans le même sens Permet d'expliquer aux agents comment on fait les choses et pourquoi on doit les faire ainsi = adhésion. Négatif : émergence d'agents moteurs et d'autres passifs, mais pas de scission

QUESTION 4	Connaissez-vous l'évolution du taux d'absentéisme dans votre équipe ?
Eléments recherchés	Recherche d'indicateurs objectifs sur l'effet sur l'absentéisme et si non subjectifs
Cadre1	Ne pense pas que la conduite de projet à un retentissement sur l'absentéisme.
Cadre2	Pas d'absentéisme majeur dans son équipe sauf ASH (impliquée dans projets d'hygiène)
Cadre3	Absentéisme semble important mais stable. En dehors congés mat. il y a beaucoup de TMS et de petites absences Pas d'influence notée de la conduite de projet
Cadre4	Oui. Pour elle la conduite de projet non seulement diminue l'absentéisme mais favorise le présentéisme (responsabilisation).
Cadre5	N'a pas d'absentéisme dans son équipe. Ni de demande de changement de service (par épuisement)
Cadre6	N'a pas d'absentéisme dans son équipe. Ne fait pas de lien avec la présence ou non de conduite de projets.

QUESTION 5	Constatez-vous une progression des pratiques professionnelles des équipes ?
Eléments recherchés	Recherche d'indicateur de sens au travail, de cohésion d'équipe, de culture d'équipe.
Cadre1	<p>Evolution pp : oui, ré interrogation des pratiques</p> <p>Formation : on peut évaluer la formation (bilan) , c'est plus compliqué (subjectif) d'évaluer son efficacité sur le terrain.</p> <p>Satisfaction des usagers : prise en compte dans l'évaluation externe.</p> <p>Ambiance au travail : ça dépend du projet, certains sont plus fédérateurs que d'autres.</p>
Cadre2	<p>Evolution pp :_oui, réaction au constat fait après évaluation externe, induction d'une pratique réflexive. (APP)</p> <p>Formation : institutionnelles en lien avec les projets. Plan de formation de l'agent construit avec lui lors des entretiens annuel d'évaluation.</p> <p>Satisfaction des usagers :_par enquête annuelle. (pas refaite cette année), reçois les familles au moindre problème, besoin d'écoute d'explications.</p> <p>Ambiance au travail : bonne</p> <p>Lectures professionnelles :_dossiers conçus par le cadre quand petite formation_faite, mis à disposition de l'équipe.</p>
Cadre3	<p>Evolution pp : oui si les agents comprennent la pratique et y adhèrent : le projet permet ça.</p> <p>Formation : pas efficaces car agents y vont seuls et difficile de faire changer les pratique pour un élément face à une équipe : a demandé un changement du plan de formation. Le cadre doit aider, soutenir la mise en place d'actions.</p> <p>Satisfaction des usagers :_questionnaire pour projet d'établissement</p> <p>Ambiance au travail : plutôt bonne. il y a deux questionnaires annuels pour les risques psychosociaux.</p> <p>APP : en présence du cadre uniquement ou « pendant le cas par semaine »</p> <p>Lectures professionnelles : non</p>
Cadre4	<p>Evolution pp : oui</p> <p>Formation : oui, efficace car petites équipes se mobilisent sur les propositions de changements de pratiques professionnelles « l'information transite »</p> <p>Satisfaction des usagers : communication directe avec l'équipe des familles et usagers.</p> <p>Ambiance au travail : très bonne, « autogestion des plaintes stériles, non porteuses de progrès »</p> <p>APP : pratique autonome réflexive.</p> <p>Lectures professionnelles : démarche personnelle, pas mal se documentent.</p>

Cadre5	<p>Evolution pp : oui en permanence. : pratique réflexive.</p> <p>Formation : plus ou moins efficace, le cadre doit accompagner le retour de formation. Et le choix de formation doit être cohérent avec le projet.</p> <p>Satisfaction des usagers : enquête institutionnelle peu exploitée, le cadre reçoit les familles.</p> <p>Ambiance au travail : bonne, pas de conflits.</p> <p>Ré interrogation des routines : en continu. Ré interrogation des représentations liées aux habitudes. (connotations « mouvoir » d'un service par exemple)</p> <p>Lectures professionnelles : incite n'impose pas : monte une documentation en relation avec les soins palliatifs.</p>
Cadre6	<p>Evolution pp : oui en relation avec les projets (projet binôme améliore les conditions de travail). Ne sont pas dans la lassitude.</p> <p>Formation : OK si retour accompagné par le cadre et validé. Constate que les projets donnent l'envie de passer les informations apprises en formation.</p> <p>Satisfaction des usagers ; retour d'enquête inefficace. Voit les familles en direct. (réunion de présentation de projets de vie).</p> <p>Ambiance au travail : bonne dans 2 service, en voie d'amélioration pour le troisième.</p> <p>Ré interrogation des routines : « cas par semaine », pratique réflexive accompagnée.</p> <p>Lectures professionnelles : les IDE</p>

QUESTION 6	Avez-vous des remarques non encore évoquées au sujet de la conduite de projet ?
Eléments recherchés	Possibilité d'expression de remarques libres : ouverture à ce que je n'ai pas prévu
Cadre1	C'est lourd Ca améliore les conditions de vie
Cadre2	Importance du rôle du cadre dans la cohésion d'équipe Importance du rôle moteur du cadre : doit saisir le dynamisme quand il est là et ne pas lâcher. Importance de la présence physique quotidienne du cadre auprès des équipes.
Cadre3	Chronophage Le cadre débordé doit se forcer à laisser les tâches telles que planning pour mener des projets. Pourtant elle trouve ça nettement plus important et intéressant.
Cadre4	Evoque la contrainte budgétaire liée au projet comme un obstacle mais pas uniquement de la responsabilité de l'institution, l'équipe peut se mobiliser à ce sujet.
Cadre5	Rôle du cadre primordial C'est du temps, de la réflexion, de la persuasion (adhésion nécessaire), de l'organisation. Pense que le temps de travail du cadre n'est pas en cohérence avec les exigences de la fonction.
Cadre6	Difficile à cause du manque de temps A délégué à certains membres de l'équipe les projets en cours. Pourtant pense que la conduite de projet est satisfaisante pour tout le monde.

QUESTION 7	Avez-vous connaissances de pratiques autonomes développées par les équipes pour donner du sens au travail ?
Eléments recherchés	Indicateur de cohésions d'équipe, d'autonomie de l'équipe (non prescrit)
Cadre1	Pas d'idées, espère qu'elles en ont.
Cadre2	Apprentissage des respects des faiblesses/forces des autres. Induite par le cadre à la base.
Cadre3	Prendent des initiatives, innove, font des choix, règle imposée par le cadre et suivie : adhésion, possibilité d'expression de tous les agents.
Cadre4	Grande autonomie, gestion autonome des remplacements avant d'en référer au cadre par exemple.
Cadre5	Autonomie accompagnée par le cadre. Il y a des référents, les agents prennent des responsabilités.
Cadre6	Délégation (n'a pas le choix) avec contrôle, dit que les pratiques autonomes ne sont pas souhaitables (en a fait de mauvaises expériences, pense que si l'idée vient de l'équipe, le cadre doit la valider).

QUESTION 9	Votre opinion sur la nécessité d'aider les équipes à donner du sens au travail ?
Eléments recherchés	Facteurs ayant entraîné la perte de sens (liens avec restrictions budgétaires, non reconnaissance du professionnalisme du personnel de gérontologie) Bénéfices à redonner du sens (liens avec qualité de soins, cohésion d'équipe, possibilité d'évolution des pratiques)
Cadre1	En lien avec les difficultés financières, pas récent, plan de performance plutôt que retour à l'équilibre. Revois les cycles de travail et le temps de travail.
Cadre2	Travail dur et charge de travail augmente, problème lié à la représentation du travail avec les personnes âgées (change dans son hôpital en lien avec le travail effectué) Evoque les problèmes financiers
Cadre3	Pour que l'équipe se sente bien, soit motivée Problèmes financiers se ressentent sur les fournitures de matériels
Cadre4	Changement au regard du placement : on n'abandonne plus son parent, on le confie et on l'accompagne. Evolution en cercle (usagers et professionnel) Problèmes financiers : non : les familles revendiquent moins quand il y a une augmentation du prix de journée.
Cadre5	Valorisation des professionnels, problème de reconnaissance du travail en gérontologie dans la société. Problème du recrutement : beaucoup de gens viennent par nécessité, non par choix. Problèmes financiers au niveau national : est source d'iniquité, des secteurs sont bien mieux pourvus que d'autres.
Cadre6	Problème générationnel lié à la société et l'éducation nationale : arrive sur les lieux de travail des gens mal formés. Les gens viennent non par choix mais par obligation. Il faut leur apprendre les droits et devoirs de l'institution et le sens du travail. Mets en parallèle l'évolution des règles de communication dans la société avec certaines incivilités. Pense qu'il est important d'informer sur les règles de fonctionnement de l'institution, c'est aussi du sens du travail et ça relativise, contextualise les problèmes financiers.

QUESTION 8	Age	Année diplôme cadre	Contenu études Cadre	Contenu master	Exercice en EHPAD depuis
Cadre1	43	2002	Non	Non	2007
Cadre2	47	2004	Oui	Oui	3 ans et demi
Cadre3	37	2009	Pas assez	Pas du tout	Toute sa carrière
Cadre4	50	Nommée		DIGUB : oui	Toute sa carrière
Cadre5	51	Nommé		DIU soins palliatifs : oui	Depuis 1193 (ASH)
Cadre6	40	2012	oui	non	2012

QUESTION 8	Expérience en EHPAD
Eléments recherchés	
Cadre1	Pas d'expérience en EHPAD
Cadre2	Pas d'expérience en EHPAD, pas de problème de prise en charge de l'équipe
Cadre3	Compliqué de trouver sa place de cadre (était IDE dans ce service)
Cadre4	Se nourrit de son expérience, sait ce qu'elle ne veut pas.
Cadre5	Oui, expérience profitable surtout parce qu'à commencer en bas de l'échelle : comprends les agents car connaît leur travail.
Cadre6	Pas d'EHPAD avant prise de poste.

QUESTION 8	Veille professionnelle
Eléments recherchés	
Cadre1	Formation continue.
Cadre2	Hospimédia, littérature
Cadre3	Echange avec ses collègues, infos du cadre sup, internet, formation continue.
Cadre4	Formation, plan Alzheimer, observation du quotidien.
Cadre5	Formation continue
Cadre6	Formation continue, se documente sur les projets mais manque de temps.

Annexe 3

Récapitulatif des éléments par équipe.

C2

Pour cette équipe, on ne relève pas de taux **d'absentéisme** qui questionne le cadre.

L'évolution des pratiques professionnelles est bien effective. Le marqueur le plus parlant est l'acquisition d'une démarche réflexive.

En revanche les remarques du cadre peuvent suggérer une équipe peu **autonome** qui a besoin de sa présence au quotidien ; elle doit être un moteur.

Le sens du travail est pris en intérêt : Il est nécessaire de donner du sens par les projets car charge de travail déjà très élevée est en progression.

La motivation : est à saisir au bon moment.

L'ambiance au travail est bonne, le cadre incite au respect de chacun.

Le ratio est de 0.362

Le cadre est satisfait de l'apport de sa **formation**.

Il entretient ses compétences par la consultation de publications et la consultation de sites professionnels.

Le cadre et le projet : Sa motivation à appliquer la conduite de projet : faire évoluer les pratiques professionnelles.

Les freins : mettre à profit les périodes qu'elle sent propices à l'ouverture au changement et être présente pour ne pas laisser l'intérêt retomber.

C3

L'absentéisme de cette équipe est important mais stable.

L'évolution des pratiques professionnelles est constatée et mise en lien avec le projet qui permet aux agents de comprendre et d'adhérer à la nouvelle pratique. Les marqueurs cités sont l'harmonisation des pratiques et l'utilisation d'outils communs (échelles évaluatives). Le cadre dit : « Il y a eu une grosse évolution des pratiques de base ».

Les propos du cadre semblent témoigner d'une certaine **autonomie** de l'équipe qui teste de nouvelles pratiques en accord avec la totalité de l'équipe et en réfère au cadre pour validation, gère l'équilibre de la charge de travail dans les secteurs ...)

L'harmonisation des pratiques, la référence à des outils communs, la cohésion d'équipe peuvent signifier **un sens commun du travail**, une culture de service.

Le cadre dit que la **motivation** de l'équipe est bien présente, c'est un effet positif de la conduite de projets.

Elle qualifie **l'ambiance au travail** de « plutôt bonne. »

Le ratio est de 0.379

Le cadre estime que l'apport de son **cursus scolaire** n'a pas été suffisant.

Elle entretient ses compétences par l'échange avec ses pairs, de la documentation et des formations.

Le cadre et le projet

Sa motivation à la conduite de projets est essentiellement l'amélioration des pratiques professionnelles.

Freins : le temps. Elle dit pourtant apprécier d'avantage son travail auprès des équipes que les tâches purement administratives de planning par exemple.

C4

Pas **d'absentéisme** dans l'équipe, voire du présentéisme.

L'évolution des pratiques professionnelles est constatée, le marqueur principal en est une pratique autonome et réflexive. Aucune résistance au changement dans cette équipe.

Les propos du cadre révèlent une équipe très **autonome** dans ses pratiques et dans sa gestion d'équipe (gestion des conflits, remplacements, solutions recherchées par exemple au problème de financement d'un projet non pris en charge par l'institution...)

Le sens du travail et la culture d'équipe : l'équipe s'est fondée sur un projet de service à l'ouverture de celui-ci et a construit sa culture propre et son sens au travail (inclusion de l'animation dans le soin, stimulation des capacités cognitives des résidents, projets de vie des résidents...)

Le cadre a une équipe **très motivée**. Elle voudrait bien souffler un peu parfois !

Qualifie **l'ambiance au travail** de « très bonne ».

Le ratio : 0.716, qu'elle défend bec et ongle ! Exprime très clairement qu'elle est très bien dotée en personnel et explique qu'elle a obtenu ce ratio de personnel à un moment opportun et se bat pour le maintenir.

Le cadre dit que l'apport de sa **formation** DIGUB : Diplôme Interdisciplinaire en Gérontologie de l'Université de Bourgogne) l'a bien préparée à ce qu'elle fait avec son équipe.

Elle entretient ses compétences par l'adaptation, l'observation du quotidien et met à profit son expérience en EHPAD.

Le cadre et le projet

Sa motivation à la conduite de projet est d'entretenir le dynamisme d'équipe.

Freins : Elle n'en évoque pas et dit même essayer de persuader ses collègues qui ne la pratiquent pas encore d'adopter cette pratique.

C5

Le cadre affirme qu'il n'y a pas d'**absentéisme** dans son équipe.

L'évolution des pratiques professionnelles est qualifiée par lui de permanente. Il note un désir d'évolution, une recherche de la part des agents. Les agents ont une pratique réflexive et le cadre les accompagne dans la ré-interrogation des habitudes. Il constate que le projet permet de perfectionner les pratiques professionnelles de l'équipe.

L'équipe a une marge d'**autonomie** supervisée par le cadre, les agents prennent des responsabilités, des référents sont désignés.

Il pense que les agents de son équipe connaissent le **sens du travail** et est persuadé que la communication est essentielle à entretenir ce sens.

La motivation est présente dans son équipe.

L'ambiance au travail est bonne. Il précise qu'il n'y a pas de conflits.

Le ratio est de 0.358.

Le cadre est satisfait de l'apport de sa **formation** (DIU en soins palliatifs) et l'estime complétée par son expérience professionnelle en entreprise, en ce qui concerne le management.

Il entretient ses compétences par le biais de la formation continue.

Le cadre et le projet : il trouve sa motivation à appliquer la conduite de projet en la certitude qu'elle fait « avancer l'équipe ». Il apporte une réserve quant au nombre de projets entrepris : les projets qui n'aboutissent pas peuvent devenir vecteurs de démotivation. Il est le seul à dire qu'il ne formalise pas toujours la conduite de projet mais qu'il en fait de façon continue. Il affirme que la communication est essentielle, que le rôle du cadre est primordial. Le projet demande du temps, de la réflexion, un travail de persuasion pour faire adhérer l'équipe.

Les freins est la quantité de travail demandé au cadre n'est pas proportionnelle à son temps de travail.

C6

Le cadre dit qu'il n'y a pas d'**absentéisme** dans son équipe.

L'évolution des pratiques professionnelles est notée par le cadre, directement en lien avec les projets menés.

Par contre, il ne lui semble pas opportun d'accorder de l'**autonomie** à l'équipe : il y a trop d'instabilité en son sein en ce moment et le cadre a eu de mauvaise expérience avec des pratiques autonome. Elle pense que le protocole hiérarchique doit être respecté. Elle pratique la délégation de tâches, parce qu'« elle n'a pas le choix », dit-elle.

Le sens du travail passe d'après elle par les projets de vie des résidents et est relayé par les projets de service.

La motivation : Les projets, selon elle, induisent de la motivation et évitent à la lassitude de s'installer.

L'ambiance au travail est bonne dans deux services et en voie d'amélioration pour le troisième.

Le ratio est de 0.375

Le cadre est satisfait de l'apport de sa **formation** de cadre mais pas de celui du master.

Elle entretient ses compétences par de la formation continue et quelques recherches personnelles.

Le cadre et le projet : Fédérer l'équipe, travailler dans le sens commun et dans le respect des besoins du service sont ses motivations à appliquer la conduite de projets. Cela permet de faire un retour de ses actions à l'équipe et d'expliquer aux agents les raisons du changement demandé, compréhension sans laquelle il n'y aura pas d'adhésion au projet. Elle dit aussi que la communication sur le fonctionnement de l'institution est nécessaire.

Les freins sont pour elle le manque de temps et la surcharge de travail bien qu'elle soit persuadée que la conduite de projets est satisfaisante pour tout le monde.

Annexe 4

Retranscription entretien Cadre 2

Mardi 10 mars 2015 à 10h

Cadre d'EHPAD

Etablissements: 160 lits 2 cadres de santé, un cadre administratif.

Le service du cadre interrogé : 69 lits + l'accueil de jour.

11 IDE, 25 ETP AS/AMP.

Pas d'ASH au soin.

Donc vous faites de la conduite de projet ?

Oui

Pouvez-vous m'expliquer vos objectifs

Pour faire évoluer les pratiques. (Téléphone)

Donc, évolution des pratiques professionnelles

En recherche, on a fait l'évaluation externe et on s'est posé, on a fait une petite, une photographie sur nos pratiques professionnelles voilà. on s'est arrêté, on s'est posé, et on s'est interrogés et on a vu où étaient nos difficultés donc c'est, nos points faibles du moins, et comment on pouvait les améliorer, c'est une démarche qui a été très participative à laquelle ont été associées donc AS IDE ainsi que des résidents et ainsi que des familles de résidents, justement pour que les questions, ensemble on fasse le constat, le bilan et que ensuite ensemble on puisse avoir des propositions d'axe d'amélioration heu qui soient collectifs

Auxquels il y ait une adhésion ?

Bien sûr, bien sûr.

Votre conduite de projet, vous la faites de manière formelle avec objectif /bilan/ évaluation ?

Tout à fait et réévaluation, on a un planning d'un plan d'action (conversation téléphonique)

On parlait du plan d'actions

Oui

Donc vous programmez sur l'année ?

Pas sur l'année, sur cinq ans. Donc avec des actions plus ou moins heu plus ou moins échéances plus ou moins courtes, on priorise en fait, on priorise, on essaie d'avoir un ordre chronologique

Donc en fait ma question suivante c'était à quel rythme, donc c'est en continu, vous bouclez un projet vous en attaquez un ?

Oui, oui

Est-ce que vous avez constaté des effets positifs ou négatifs consécutifs à l'emploi de cette pratique ? En gros, ça amène quoi auprès des équipes ?

Une valorisation de leur travail

Reconnaissance ?

Oui et le fait qu'elles adhèrent, qu'elles soient, que ça se fasse sous forme de parce que quand c'était sous forme de journées complètes ces analyses de pratiques, enfin ces études de pratique, c'était en journées complètes et dans un constat que c'est elles même qui le faisait ressortir.

Donc voilà, c'était un des buts pour que ça passe le mieux et qu'il n'y ait pas d'effets négatifs et qu'elles ne se sentent pas mises en défaut. En difficulté donc.

Vous faite de l'erreur un apprentissage, pas une punition ?

Tout à fait

Au niveau turn-over, motivation investissement, vous voyez des changements

Heu turn-over, il y en a beaucoup (tel)

Donc vous m'avez dit beaucoup de turn-over

Oui on a , enfin j'ai un turn-over assez important parce que j'ai des contractuelles et heu, mais on essaie quand même de garder un certain dynamisme et effectivement de les mettre au courant des projets pour pouvoir, pour qu'il y ait une continuité, qu'il y ait une suite et puis qu'il y ai un sens aussi, j'insiste toujours sur le sens que l'on peut donner , je leur demande toujours de donner un sens à ce qu'elles font , une des philosophies de notre établissement ,c'est dans la démarche que nous avons eu c'est non plus au résident qui va rentrer de s'adapter à l'institution, mais c'est à nous de répondre à ses besoins et ses attentes et de voir qu'est-ce qu'on peut lui offrir, ce que notre institution a qui peut répondre à ses besoins , prendre en considération ses habitudes de vies , ce qu'il aimait faire , ses loisirs tout ça. C'est un travail qui est inversé dans les pratiques et dans la réflexion aussi, c'est inversé avant, il arrivait, il devait s'adapter, aujourd'hui on essaie de nous adapter

Vous centrez vos pratiques sur le résident ?

Voilà

Ça donne du sens du coup ?

Et ça donne du sens

Connaissez-vous l'évolution du taux d'absentéisme dans votre équipe ? Et si évolutions faites-vous un rapprochement avec la conduite de projet ?

Pas du tout : au niveau IDE, il n'est pas...j'en ai pas, au niveau infirmier j'en ai pas.

Pas d'absentéisme ?

Non, au niveau AS l'absentéisme que j'ai, c'est de l'absentéisme pour congé maternité ou alors devant durée : longue maladie

Donc en gros vous n'avez pas d'absentéisme avec un taux délirant ?

ASH oui

Et les ASH elles participent à la conduite de projet ?

Sur certains points oui sur ce qui est de l'hygiène et puis restauration.

Donc un peu de turn-over, pas d'absentéisme important ou si important chez les ASH ?

Oui alors, l'absentéisme reste important sur les AS mais je vous dis c'est congé maternité et longues maladies. Le cancer.

Donc des absences sur lesquelles vous n'avez pas de leviers d'action ?

C'est ça (tel)

Constatez-vous une progression des pratiques professionnelle des équipes ?

Oui bien sur

A votre avis elle est due à quoi ?

Heu, je vais être prétentieuse. L'évolution des pratiques professionnelles qui s'est réalisée, heu s'est réalisée sur le soin, la qualité de prise en charge, l'évaluation du risque, c'est quand même quelque chose qui est bien progressé que ce soit risque nutritionnel, risque de chutes, tout ça donc c'est lié à une j'allais dire, tout est lié en fait, à une prise de conscience, à cet arrêt sur image qu'on a fait à un moment donné et où on s'est interrogé en se disant : on fait ce constat là mais voyez quand on parle, je vais prendre un exemple tout bête il fallait prendre les poids et les IMC d'accord c'est bien, supers indicateurs les poids les IMC sont faits d'accord mais on fait quoi derrière ?

Donc du coup vos APP, votre conduite de projet ça donne du sens à ça et du coup il y a une amélioration des PP

Oui on ne se contente pas que de l'indicateur, qu'est-ce qu'on en fait derrière quelles actions on va mettre en place, j'ai pris cet exemple-là donc des compléments hyper protéinés, les fiches d'alimentations ...

Et vous menez cette réflexion en équipe

En équipe, avec des staffs qui sont faits une fois par semaine sur chaque unité où il y a un projet d'accompagnement personnalisé qui est présenté avec le référent dans chaque unité et donc elles présentent le projet d'accompagnement personnalisé et on va en parler en équipe (tel)

Et au niveau des formations ?

Alors les formations sont en liens, donc ce sont des formations institutionnelles qui sont en lien avec les projets donc aussi bien d'établissement que les projets heu comment heu

Vos recherches vos ré interrogations

Voilà

Donc vous satisfaites à la demande institutionnelle mais en cohérences avec vos actions sur le terrain ?

Tout à fait. Dans les entretiens annuels d'évaluation, par rapport au projet de service qu'il peut y avoir dans les unités par rapport aux objectifs institutionnels propres à l'EHPAD j'ai défini avec l'agent son besoin de formation voilà.

Vous savez si elles lisent des revues professionnelles ?

Je leur en mets à disposition, je leur mets aussi, par exemple on avait travaillé sur la bientraitance donc je leur ai mis tout un, des supports que j'essaie de faire assez ludiques et puis il y a aussi une petite mini formation d'une heure trente où j'essaie de rassembler un maximum de monde pour, heu, voilà des formations flashes ou alors on va utiliser une situation qui va avoir posé un problème, une difficulté, on va s'en servir, il y a beaucoup d'éthique ici parce que surtout sur le secteur ACMTI (soins medicotechniques importants), donc unité de trente lits où il y a une infirmière H 24 heu avec des résidents qui nécessitent

Des résidents âgés qui ont une grosse prise en charge médicalisée ?

Voilà et des problèmes éthiques qui se posent.

Satisfaction des usagers vous faites ?

Il y a une enquête de satisfaction annuelle qui est faite, que je n'ai pas eu le temps de refaire cette année...

Comment qualifiez-vous l'ambiance au travail ?

Euh.....Bonne, bonne. Il y a des hauts et des bas comme partout mais dans l'ensemble

Vous constatez une cohésion d'équipe avec un plaisir à venir travailler ?

Cohésion d'équipe : vous voyez pourquoi je ne suis pas disponible, trop ce matin il y a une AS qui a loupé l'heure et une ASH qui n'est pas là, il y a commencé à y avoir des tensions ce matin donc et ben pour éviter qu'il y ait ces tensions je vais dans toutes les unités, je suis là, j'apaise, je modère, du coup voilà ça se détend et ça évite que les choses montent en épingle et explosent

Conduite de projet vous voulez ajouter quelque chose ?

Je dis simplement que le cadre de proximité il a un rôle vraiment important sur le terrain : à un instant T, le dynamisme peut être là, l'envie peut être là, on ne doit pas lâcher, faut toujours qu'on soit présente, toujours, après bon sinon vous lâchez un petit peu et puis inévitablement...

Vous me dites que vous êtes souvent sur le terrain, que vos équipes vous connaissent

Oui

C'est un besoin elles ont

C'est un moyen de vous faire reconnaître en tant que cadre et pas uniquement quelqu'un qui est assise derrière son bureau ou sur un ordinateur à faire des planning, c'est pas ça mon job, le planning, effectivement on passe par là mais pour la continuité des soins, c'est pas le plus intéressant ni le plus important. Mais c'est important pour elles. A partir du moment où vous avez un planning qui leur correspond et que vous montrez que vous êtes présente même si c'est 5 minutes, mais tous les jours, tous les jours je m'attache à passer dans les unités. Mes collègues n'étant pas là, je passe aussi dans leurs unités, je ne veux pas qu'elles se sentent seules et abandonnées. C'est les porter, c'est hyper important.

Les pratiques autonomes ?

Vous entendez quoi par pratiques autonomes ?

N'importe quoi qui signifie de la cohésion d'équipe.

Je pars du principe que toutes les équipes sont complémentaires il n'y en a pas une qui est meilleur que l'autre, on a tous nos faiblesses dans un domaine ou dans un autre et c'est ce qui fait que il ait une notion d'équipe c'est-à-dire que là où il y a une faiblesse, et ben l'autre aura une force et voilà, elles vont se compléter.

Et ça elles savent l'évaluer, en gros elles sont respectueuses de l'autre ?

Oui mais c'est aussi à nous parfois de leur faire prendre conscience (tel)

Age : 47 ans

Année obtention diplôme cadre 2004 (ESM)

Le contenu de la formation ...

Oui dans le sens où il nous donne, il nous apporte de la théorie et c'est à nous après de nous en servir et de nous en nourrir.

Heu, on ne peut pas rester théorique quand on est cadre, on doit s'en inspirer, mais en tout cas, on ne peut pas rester théorique.

Et votre master c'était quoi : « ingénierie de la santé, option gestion des soins »

Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD : 3 ans et demi

Parcours professionnel avant EHPAD : pas d'EHPAD.

Est-ce que ça vous a posé un problème ?

Non, pas du tout.

Dans mon parcours professionnel , j'étais IDE au bloc, en réa ...la personne âgée je ne connaissais pas, mais euh, le cadre en EHPAD est très valorisant, beaucoup plus valorisant, à mon sens ,que dans une unité de court séjour ,heu les missions sont tellement diversifiées et faut pas oublier : le résident y paye, donc il est en attente de service lui comme sa famille, donc c'est pareil les familles c'est très chronophage , vous les recevez beaucoup parce que dès qu'il y a quelque chose qui ne leur plaît pas ou dès qu'il y a un soucis, ils ont besoin de venir le verbaliser je les écoute, je les laisse une fois qu'ils ont, comme je dis un petit peu vulgairement, « craché leur venin, je reformule » , je parle , je n'ai pas résolu obligatoirement le problème, mais j'ai au moins dédramatisé une situation et ils repartent avec le sourire.

Vous les avez entendus, vous leur avez expliqué ?

Voilà c'est un travail essentiellement basé sur le relationnel aussi bien des équipes que des familles. Parce que le travail est dur, le travail en EHPAD est très dur.

Comment entretenez-vous votre veille professionnelle

Ma quoi ?

Comment obtenez-vous les informations dont vous avez besoin. Vous avez des réunions de cadres ?

Oui, une réunion de cadres mais j'ai un abonnement à Hospimedia, donc je le regarde, je regarde un peu la littérature.

Votre opinion sur la nécessité de redonner du sens au travail des équipes ?

Euh ...je ne vais pas dire qu'elles ne l'avaient pas , je ne vais pas dire qu'elles ne le connaissaient pas euh ... je vais parler pour cet établissement où et ça, ça fait plaisir parce que là les idées ont évoluées ,quand vous disiez à un agent qui travaillait sur l'EH avant qu'il allait être muté à l'EHPAD il prenait ça pour une punition aujourd'hui, il n'y a plus cette notion de punition .Donc parce qu'il y a eu un travail qui a été fait, c'est un travail c'est ce que je disais hein qui est dur , qui n'était pas obligatoirement valorisant et je pense qu'avec la démarche que nous avons eu, euh, ça les a revalorisés. Et effectivement développé cette notion de donner du sens à ce que l'on fait et non plus être là pour dire j'ai tant de toilettes à faire et je les fais les unes derrière les autres à la chaîne, non.

Vous me parlez de la reconnaissance du travail en gérontologie ?

Ouai, je pense que l'évaluation aussi, interne, externe aussi m'a créé toutes ses contraintes, ou bien toutes ces contraintes je ne sais pas comment le dire euh, a aidé à ça. Alors il y a toujours cette notion de en voulant aborder le côté financier, l'EHPAD ça ne rapporte pas voilà contrairement à l'hôpital, il n'empêche que voilà les résidents sont là et ils payent un prix de journée et on se doit aussi de leur apporter un maximum de satisfactions. On a encore des progrès hein c'est sûr, on a encore une marge de progression importante pendant le dynamisme est là et puis la volonté est là, la volonté de faire et de faire bien.

La charge de travail est importante ?

Ben, elle est importante et elle augmente

Elle augmente et elle change ?

Bien sûr les gens rentrent de plus en plus tard en établissement, en institutions et rentrent de plus en plus dépendants, dans les accompagnements de fin de vie c'est là que la charge est plus importante.

Je dis aujourd'hui que si on devait me demander de retourner cadre sur un service de court séjour c'est moi aujourd'hui qui ne le prendrais pas.

ABSTRACT

Objective:

The objective of this work is to carry out a study on the managerial levers available for a nurse manager in a retirement home. What are the means available to help the team improve its professional standards?

Desing:

After identifying and considering this issue at my workplace, I gathered information on the related concepts: resistance to change, team support and the meaning of work ... After studying relevant literature, I assumed that a project management policy in a retirement home can lead to an evolution in professional standards and practices of the staff.

Following interviews, I examined the statements from retirement home executives managing their teams (thanks to) WITH a project management policy.

Setting:

Working conditions in retirement homes are changing. Two paradoxical requirements are at work: on the one hand, the workload is increasing, the individuals concerned are highly dependent, (the people are committed to an institution whenever it becomes impossible to keep them at home) and geriatric practice is moving care requirements to specialized and individualized proceedings.

On the other hand, the national financial environment compels the government to limit its investments in human resources, while demanding that the current staff take care of the residents efficiently.

These are the reasons why the professional standards of the nursing staff in retirement homes must evolve. But changes in work habits can induce tension and resistance to change, which may drive the staff to a decrease of professional commitment or even to burnout. The nurse manager can lead their team to such changes.

Subjects

The elderly inmates, their relatives, the nursing staff and the managers.

Main outcome measure

Markers which could point out that a project management policy is a lever to move professional standards upwards.

Result

Following the interview analysis, it seems that a project management policy has positive effects on motivation, commitment, the appropriation of a reflexive disposition, regaining the meaning of work. all these factors promote the evolution of professional standards.

Conclusion

In spite of an adverse financial climate, it appears possible to make professional standards in the retirement home nursing staff evolve towards a better quality of care, individual management, which is in keeping with the guidance of fair practices, the respect of the elderly people and of their rights

The nursing staff will benefit from these procedures, by gaining interest and respect in their work.



Diplôme de Cadre de Santé DCS@14-15

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Cadre en EHPAD :
Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

AUTEUR

Marion CRAMER

MOTS CLES

Conduite de projets
Evolution des pratiques professionnelles
EHPAD

KEY WORDS

Project management policy
Evolution of professional standards
Retirement home

RESUME

L'objet de ce travail est de conduire une réflexion sur les leviers managériaux dont dispose le cadre de santé en EHPAD. Quels sont les moyens dont il dispose pour amener l'équipe à améliorer ses pratiques professionnelles ?

Ayant identifié cette problématique sur mon lieu de travail, je me suis documentée sur les concepts qui s'y rattachent : résistance au changement, accompagnement d'équipe, le sens du travail. Puis, à la lumière de ces lectures, j'ai émis l'hypothèse que la pratique de la conduite de projets en EHPAD peut mener à l'évolution des pratiques professionnelles des agents. J'ai, par le biais d'entretiens, étudié les constations de cadres d'EHPAD pratiquant la conduite de projets auprès de leurs équipes.

Le travail dans les EHPAD change. Deux injonctions paradoxales sont présentes : d'une part la charge de travail augmente, les personnes accueillies sont très dépendantes et la culture gérontologique déplace les exigences de prise en soin vers des pratiques spécialisées et personnalisées. D'autre part, le contexte financier national pousse le gouvernement à limiter ses investissements en ressources humaines, tout en exigeant du personnel en poste l'efficacité de la prise en charge des résidents. Comment concilier ces deux réalités ?