



CAYET Marie-Bernadette

Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux

Sous la direction de Danièle CARON, Directrice des soins

**Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2017/2018**

Date de la soutenance : 26 septembre 2018 – 13 heures

Composition du jury :

- ✓ Stanislas WOCH, Président de jury, ILIS
- ✓ Danièle CARON, 1^{er} membre de jury, Directrice des soins - SSR APF France Handicap Marc Sautelet
- ✓ Dominique SEIDLITZ, 2^{ème} membre de jury, Directrice des soins – Clinique LE RYIONVAL UGECAM

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement Monsieur Stanislas Woch, Maître de conférences associé à ILIS pour son aide précieuse quant au choix du sujet et de sa problématique, Madame Danièle Caron, Directrice des soins au SSR de Marc Sautelet et intervenante à ILIS, d'avoir accepté d'être ma Directrice de mémoire, de m'avoir guidée et suivie dans mon travail de recherche ainsi que Madame Dominique Seidlitz, Directrice des soins à la clinique Le Ryonval, d'avoir accepté d'être mon troisième membre de jury pour apporter son expertise extérieure.

Mes remerciements chaleureux se dirigent vers les directions et professionnels des structures interrogées à savoir les Instituts d'Éducation Motrice suivants : LADAPT à Cambrai, Jacques Collache à Coudekerque-Branche, Le Passage à Wasquehal, Pierre Cazin à Anzin-Saint-Aubin, Trajectoires à Rang-du-Fliers. Un grand merci pour leur accueil, confiance et ouverture d'esprit sans lesquels le travail d'analyse n'aurait pu s'établir.

Mes remerciements vont ensuite à mes collègues étudiants durant ce parcours universitaire et en particulier à Antoine Guignette pour m'avoir soutenue, encouragée et m'avoir été d'une aide précieuse grâce à son esprit critique et constructif.

En dernier lieu, je souhaite remercier mes proches. Tout d'abord, mes défunts parents qui, issus d'un milieu modeste, m'ont inculquée les valeurs, le courage, la volonté et le goût d'apprendre puis, mes trois enfants, Antoine, Agnès et Louise Delhaye, qui ont cru en moi et m'ont soutenu tout au long de ce parcours. Je remercie particulièrement Agnès pour son regard extérieur et critique sur le sujet ainsi que pour sa relecture attentive.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| SOMMAIRE | 3 |
| GLOSSAIRE..... | 4 |
| INTRODUCTION | 6 |
| Première partie : Le contexte réglementaire et historique. Les concepts de projet et de soins. | 9 |
| I. Le contexte réglementaire et historique..... | 9 |
| II. Le concept de projet et de management..... | 20 |
| III. Le concept des soins..... | 26 |
| Conclusion..... | 29 |
| Partie 2 : Méthodologie et résultats..... | 31 |
| I. Objectifs des entretiens | 31 |
| II. Champ de l'enquête : objet et cible de la mesure | 31 |
| III. Méthodologie | 33 |
| IV. Conception des grilles d'entretien et test..... | 35 |
| V. Phase de réalisation des entretiens et analyse | 37 |
| Partie 3 : Mise en perspective du travail de recherche et applications terrain | 62 |
| I. Réflexions sur la théorie et la pratique..... | 62 |
| II. Préconisations d'action | 63 |
| III. Programme d'action | 65 |
| CONCLUSION..... | 68 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 70 |
| TABLE DES MATIERES..... | 77 |
| TABLE DES ANNEXES..... | 79 |

GLOSSAIRE

- **ADPEP** : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
- **AFEJI** : Association des Flandres pour l'Éducation, la formation des Jeunes et l'Insertion sociale et professionnelle
- **AMP** : Aide Médico-Psychologique
- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des soins des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- **APF France Handicap** : Association des Paralysés de France, France Handicap
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AS** : Aide-Soignant
- **BPP** : Bonnes Pratiques Professionnelles
- **CPOM** : Contrat Pluriannuel des Objectifs et des Moyens
- **CME** : Commission Médicale d'Établissement
- **COFIL** : COmité de PILotage
- **CSI** : Commission des Soins Infirmiers
- **CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **GAPAS** : Groupement des Associations Partenaires d'Action Sociale
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HAS – ANESM** : Haute Autorité de Santé - Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des soins des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
- **HPST** : Hôpital Patients Santé Territoire
- **IDE** : Infirmière Diplômée d'État
- **IEM** : Institut d'Éducation Motrice
- **LADAPT** : L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
- **MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation
- **PE - PS** : Projet d'Établissement - Projet de Service
- **PEP** : Pupilles de l'Enseignement Public
- **PROPIAS** : PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associés aux Soins
- **SERAFIN-PH** : Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **SESSD** : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

INTRODUCTION

De 1882 à nos jours, le terme de projet apparaît de plus en plus fréquemment dans les références de la Bibliothèque Nationale (Boutinet¹, 2015). En suivant l'évolution sociale, culturelle, technologique et économique, le projet revêt de multiples facettes et évoque pour chaque individu, en fonction de son contexte, un sens qui lui est propre et personnel. Dans le monde médico-social au sein duquel nous exerçons, le concept de projet prend un sens collectif dans un contexte sociétal évolutif et réglementaire que Jean-René Loubat expose en ces termes : « D'UN SIMPLE CREDO témoignant d'un engagement, en passant par les projets institutionnel, pédagogique, thérapeutique ou éducatif des années 80, jusqu'aux projet d'établissement, projet de service, projet associatif, projet de vie, ou encore projet personnalisé d'aujourd'hui, le *projet* s'est imposé comme un concept phare dans les divers secteurs de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire. Dans un univers en mouvement permanent, le projet répond à une nécessité vitale : celle d'affirmer un but, une position et une identité. » (Loubat², 2014).

Je suis entrée en fonction en tant que masseur-kinésithérapeute en 1989 au sein de l'Institut d'Éducation Motrice (IEM) de Béthune, dépendant alors de l'Association des Paralysés de France (APF). Le contexte réglementaire de l'époque (lois n° 70-1318 du 31 décembre 1970³, n° 75-535, modifiée du 30 juin 1975⁴, et l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989⁵) n'évoque pas la notion de « projet d'établissement » mais celui de « projet organisationnel ». Ce n'est qu'à partir de 1991, avec l'avènement de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991⁶, que nous entendrons parler de « projet d'établissement » par notre direction sans qu'il soit fait notion de « projet de soins institutionnel » de l'IEM. Si le terme de « projet d'établissement » est évoqué par la Direction de l'IEM, il n'est cependant pas présenté aux professionnels. Ce n'est qu'à partir de 2002, avec l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002⁷ rénovant l'action sociale et médico-sociale et par la

¹ Boutinet, J. (2015). Anthropologie du projet. Paris : Presses universitaires de France. p4.

² Loubat, J. (2012). Élaborer un projet d'établissement ou de service. Paris : Dunod. p1.

³ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁵ Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.

⁶ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

suite, avec la mise en place d'une démarche qualité en 2005, que les professionnels, seront sollicités pour participer à l'élaboration du projet d'établissement incluant une partie soins, cependant pas encore identifiée en tant que « projet de soins institutionnel ». Le projet d'établissement n'aboutit pas pour autant. Il n'est pas finalisé, présenté et rendu accessible aux professionnels. Il faudra attendre la veille de l'évaluation externe en septembre 2014 pour que le projet d'établissement, dont le projet de soins institutionnel, soit remis à l'ordre du jour. Le projet de soins institutionnel sera écrit en grande partie par le médecin de médecine physique et de réadaptation et le cadre paramédical. Les professionnels de soin et de rééducation seront uniquement sollicités sur le descriptif de leurs missions.

Par ailleurs, ma carrière évolue et j'assume les responsabilités de cadre paramédical sur le pôle IEM APF Artois à la rentrée de septembre 2014. C'est, dans un contexte réglementaire (nouvelle évaluation interne débutée en 2012, évaluation externe de septembre à décembre 2014, poursuite de l'évaluation interne à partir de janvier 2015) que je suis amenée à manager les équipes paramédicales et le projet de soins institutionnel. Je suis interpellée quant au contenu très descriptif et organisationnel du projet de soins qui laisse peu de place au sens et à la projection au regard de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire », HPST, promulguée le 21 juillet 2009⁸ ainsi que des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM), qui a rejoint, depuis le 1^{er} avril 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS).

Mon management de 2014 à 2016 confirme mes premiers questionnements et ressentis. Au travers des entretiens individuels menés avec les professionnels des services paramédicaux en juin 2016 et du pilotage d'un groupe de travail sur l'évaluation du projet de soins institutionnel, je prends conscience que le projet de soins institutionnel ne donne ni sens ni projection dans les pratiques professionnelles.

De ces premières années de pratique en tant que chef de service paramédical et des précédents constats sur le projet de soins institutionnel, naîtra rapidement le souhait et l'intérêt d'en choisir l'objet du présent mémoire.

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le mémoire poursuivra donc l'objectif de répondre plus précisément à la problématique suivante :

« Le projet de soins institutionnel est-il un outil d'amélioration des pratiques professionnelles ? ».

De cette problématique émergent les deux hypothèses suivantes :

- **Le projet de soins institutionnel, en plaçant du sens sur les pratiques professionnelles, permettrait leur amélioration ;**
- **L'appropriation du projet de soins en tant que projet « projectif » permettrait aux professionnels d'améliorer leurs pratiques.**

Pour répondre à ma problématique, j'ai, dans un premier temps, effectué des recherches bibliographiques sur les textes réglementaires puis sur la notion de projet et de soins. Dans un second temps, j'ai souhaité enrichir mes recherches théoriques par une enquête réalisée auprès d'établissements ayant la même mission que la nôtre. En dernier lieu, j'ai souhaité mettre en perspective les travaux de recherche avec une application sur le terrain.

Première partie : Le contexte réglementaire et historique. Les concepts de projet et de soins.

I. Le contexte réglementaire et historique

Le détour par le contexte réglementaire du projet d'établissement nous paraît indispensable dans le cadre de notre sujet de mémoire. L'identification du contexte légal permettra d'éclairer notre sujet. Nous axerons bien évidemment nos propos sur le projet de soins qui est une composante essentielle du projet d'établissement.

Le but de ce chapitre est de nous positionner dans le cadre réglementaire évolutif du projet d'établissement incluant le projet de soins pour nous permettre d'en établir le lien avec notre problématique et nos hypothèses.

Nous faisons le choix de rappeler brièvement le contexte de l'avant 1991 au travers des lois n° 70-1318 du 31 décembre 1970⁹, n° 75-535, modifiée du 30 juin 1975¹⁰, et de l'annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989¹¹. Nous axerons ensuite notre propos sur le contexte réglementaire à partir de 1991 au travers de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991¹², de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹³, du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002¹⁴ et de **la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »**, HPST promulguée le 21 juillet 2009¹⁵.

1. Rappel du contexte avant 1991

Ce sont, au départ, les impératifs de rationalisation budgétaire qui susciteront les lois et interrogeront le fonctionnement par projet. La notion de projet est au départ utilisée dans le secteur des entreprises et c'est ce dernier qui influencera considérablement le fonctionnement des organisations médico-sociales. Il faut également se souvenir du contexte économique de l'époque suite au premier choc pétrolier.

⁹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹⁰ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹¹ Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956.

¹² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Au-delà des impératifs budgétaires qui ne pourraient à eux seuls justifier la notion de projet, c'est peu à peu l'évolution de la société (le regard posé sur l'usager et ses besoins, sur le handicap, la considération accordée dans le domaine du soin) qui contribue à donner naissance à une toute autre définition du projet et à l'émergence de lois qui en tiendront compte.

Nous constatons, au travers des lois citées, qu'il n'existe pas de notion de projet à proprement parler ni de notion de projet de soins par conséquent. Il s'agit plutôt d'un outil technique organisationnel.

Observons maintenant la poursuite de l'évolution à la fois dans le monde médico-social et dans le monde hospitalier après 1991.

2. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991¹⁶ mérite que nous nous y attardions. Cette loi porte la réforme hospitalière et fonde la démarche du projet dans les établissements de santé. Si elle a toujours en toile de fond l'objectif de maîtriser les dépenses, elle vise également à optimiser l'offre de soins, à améliorer la prise en charge des usagers et à leur assurer une qualité de service. Nous en citons ci-après quelques articles, issus du Code de la santé publique, qui concourent à la réflexion de notre sujet.

Article L714-11 : « **Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers**, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. (...) **Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans**. Il peut être révisé avant ce terme.»¹⁷

Article L714-22 : « Dans chaque service ou département, **il est institué un conseil de service ou de département constitué**, selon l'importance du service ou du département, **soit des personnels médicaux et non médicaux** du service ou du département, soit des représentants des unités fonctionnelles, dans des conditions définies par voie réglementaire.

¹⁶ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹⁷ Article L714-11. Code de la santé publique (2018).

Le conseil de service ou de département a notamment **pour objet [*attribution*]** :

- **de permettre l'expression des personnels** ;
- de favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service ou au département ;
- **de participer à l'élaboration du projet de service** ou de département et du rapport d'activité (...). »¹⁸

Article L714-23 : « (...) **Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service** ou de département **qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.**

Tous les deux ans **[*périodicité*]**, un rapport d'activité et d'évaluation établi dans les mêmes conditions précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins (...). »¹⁹

Article L714-26 : « Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction. **Une commission**, présidée par le directeur du service des soins infirmiers et **composée des différentes catégories de personnels** du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. **Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :**

- 1° L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;**
- 2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;**
- 3° L'élaboration d'une politique de formation ;**
- 4° le projet d'établissement.** »²⁰

Nous constatons que le contexte législatif entre 1975 et 1991 a fortement évolué. La législation prévoit très clairement le projet d'établissement, le projet de service, le projet médical, le projet de soins infirmiers à mettre en place pour une période maximale de cinq ans et à évaluer obligatoirement à l'issue de la période. Si la mission est certes confiée au chef de service ou à l'infirmier général, la loi demande d'y associer à la réflexion de son élaboration, les personnels médicaux et non médicaux. La loi de 1991 est centrée sur l'intérêt de l'utilisateur recevant des soins. Elle place les acteurs en réflexion de leur offre de

¹⁸ Article L714-22. Code de la santé publique (2018).

¹⁹ Article L714-23. Code de la santé publique (2018).

²⁰ Article L714-26. Code de la santé publique (2018).

soins face aux besoins de l'utilisateur. Cela fait écho à notre problématique et hypothèse sur le sens à placer sur les pratiques professionnelles.

Poursuivons notre voyage au travers de l'évolution des lois. Abordons à présent la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

3. La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²¹

Cette loi rénove la loi du 30 juin 1975²². Elle a pour vocation de garantir le droit des usagers par la mise en place de sept outils spécifiques, dont le projet d'établissement. Ci-après, nous citons l'article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles²³ créé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 :

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que de ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. ».

Si la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 impose aux établissements médico-sociaux une formalisation sous la forme d'un projet d'établissement, elle ne nous éclaire pas davantage sur la spécificité du projet de soins ni sur son élaboration. Elle mérite d'être néanmoins citée car, dans la pratique qui est la nôtre, c'est la loi la plus présentée aux professionnels. La démarche qualité qui en est issue, et, notamment la première évaluation interne qui en découle, permet aux professionnels du secteur médico-social, pour la première fois, de s'intéresser de manière globale au fonctionnement de l'établissement, d'étudier les prestations rendues aux usagers et par conséquent, d'examiner leurs propres pratiques professionnelles. Il est à souligner ici les notions d'objectifs, d'évaluation des activités et de qualité des prestations. Nous poursuivrons plus loin notre réflexion sur la mise en place de la démarche qualité et de son incidence sur le projet de soins en structure médico-sociale.

²¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

²³ Article L311-8. Code de l'action sociale et des familles (2018).

À ce stade de notre réflexion, nous constatons qu'il est nécessaire de porter à nouveau notre regard sur le monde hospitalier et son contexte des années 2000 pour observer l'évolution du projet de soins.

La transformation du projet de soins infirmiers en projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques s'appuie sur le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

4. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002²⁴

L'article 4 paragraphe III alinéa 3° du décret définit le rôle tenu par le directeur de soins dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet : « Il élabore **avec l'ensemble des professionnels concernés** le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et **le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** (...). ».

Dans la suite de notre exposé, nous utiliserons le terme de « projet de soins » pour parler du « projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ».

Nous pouvons être interpellés quant au rôle du manager dans l'élaboration du projet de soins. Si des directives claires lui sont imposées (la participation des professionnels, la cohérence avec le projet médical, le support de la qualité et de la sécurité), il semble néanmoins que le manager ait une certaine latitude dans la manière d'assurer ses missions.

Nous dirigeons maintenant notre attention sur la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » ou HPST promulguée le 21 juillet 2009²⁵

La loi HPST porte une réforme globale qui permet aux structures de s'adapter au plus près des besoins des patients et des usagers. Elle crée l'Agence Nationale d'Appui à

²⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

²⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

la Performance, l'ANAP. Le rôle de l'ANAP est d'accompagner les structures, tant du secteur sanitaire que du secteur médico-social, dans leurs projets. Le premier critère de performance touche la qualité des soins et des prises en charge. Voyons de plus près le projet d'établissement, le projet médical, le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la qualité et sécurité des soins au travers du décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé²⁶. Nous citerons quelques passages de celui-ci :

Article D6143-37-1 : « Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, élabore avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L6114-1 et L6114-2. Il comprend notamment :

- 1° **Les objectifs médicaux** en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire et le contenu de l'offre de soins ;
- 2° **Les objectifs de l'établissement** en matière **d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** ;
- 3° Le cas échéant **les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes** ;
- 4° L'organisation des moyens médicaux ;
- 5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;
- 6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. »

Article D6143-37-2 : « Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- 1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- 2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- 3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

²⁶ Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé.

4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;

5° Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement. »

Nous remarquons et notons qu'il est ici question **d'objectifs médicaux, d'objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**. Nous mettons en lien avec notre questionnement sur le projet de soins institutionnel comme outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Nous établissons également le rapprochement avec nos deux hypothèses, à savoir que le sens et l'aspect projectif donnés aux pratiques professionnelles pourraient les améliorer. C'est ce que permettraient les objectifs en fixant une direction et une projection.

L'article L6143-7-4 du Code de la santé publique²⁷ (créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 10) ajoute que : « *Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. (...)* ». Il faut noter que le président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) est membre de droit du directoire. La Commission des Soins Infirmiers (CSI), suite à l'ordonnance du 2 mai 2005²⁸ s'est étendue aux soins de rééducation et médico-techniques pour donner la CSIRMT. Les compétences de la CSIRMT ont été modifiées suite au décret du 30 avril 2010²⁹. Nous citons une partie de ces compétences à partir de l'article 1 du décret (repris à l'article R6146-10-1 du CSP) :

« La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue par l'article L. 6146-9 du code de la santé publique est consultée pour avis sur :

1° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;

2° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;

3° La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;

4° Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;

²⁷ Article L6143-7-4. Code de la santé publique (2018).

²⁸ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²⁹ Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

5° **La recherche et l'innovation** dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

6° **La politique de développement professionnel continu (...).** »

Nous avons mis en caractères gras, dans le texte, les parties qui appuient ici l'amélioration des pratiques non seulement au travers de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques mais également par le détour de la recherche et de l'innovation dans le domaine des soins et du développement professionnel continu, sources d'amélioration des pratiques. Le titre II de la loi HPST renforce les engagements pris par les précédentes lois en matière de qualité et sécurité des soins et de droits des patients. La publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins par la Haute Autorité de Santé se généralise au sein des structures. En théorie, le contenu du projet médical et du projet de soins infirmiers, rééducatifs et médico-techniques, élaboré par le coordonnateur général des soins, met tout en œuvre pour permettre l'amélioration des pratiques professionnelles et donne, en ce sens, des repères et directions aux professionnels.

Nous souhaitons maintenant faire un détour par l'univers de la démarche qualité. En effet, dans les réglementations précédemment citées, et particulièrement avec l'arrivée de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, la démarche qualité s'installe dans les établissements médico-sociaux et devient un enjeu avec lequel le manager doit articuler le projet de soins durant toutes ses phases.

Il nous paraît donc important de tenir compte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS.

6. La Haute Autorité de Santé (HAS) et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles suivantes :

- « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service »³⁰
- « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles ».³¹

³⁰ HAS. (2010). *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service.*

³¹ HAS. (2009). *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.*

Le premier chapitre de la recommandation concernant l'élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service et intitulé « Les principes fondant le projet d'établissement ou de service »³², évoque :

- l'implication des professionnels de la manière suivante : « **En impliquant les professionnels**, le processus d'élaboration du projet constitue **un moment fort de la vie institutionnelle**, à la fois **fédérateur et dynamisant**. »,
- et l'articulation constante avec le processus d'évaluation interne qui nourrit et se nourrit du projet : « Il convient donc de nourrir le PE-PS par l'ensemble des réflexions qui accompagnent le processus d'évaluation et d'en intégrer les conclusions. (...) Le PE-PS nourrit l'évaluation ».

La recommandation consacre également une partie dans ce chapitre à la participation des professionnels et nous donne les conseils suivants en ces termes :

- « La participation des professionnels à l'élaboration du PE-PS est donc centrale, puisqu'elle leur permet, au-delà de leur domaine d'intervention, **de porter un regard d'ensemble sur le service global rendu par la structure**. (...) »
- De plus, la participation à un collectif de réflexion permet à chaque intervenant **de mieux se représenter les interrelations entre son activité professionnelle et celle de ses collègues**. Enfin, les professionnels ont une expertise en ce qui concerne la connaissance du public accueilli, de ses besoins et attentes, ainsi que des réponses à apporter. L'élaboration du PE-PS peut ainsi être **l'occasion de croiser ces expertises, et de mettre en valeur un savoir collectif qui rassemble les savoirs parcellaires de chaque professionnel**. »

La recommandation sur la conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles³³ préconise, quant à elle, la participation des professionnels en ces termes :

- « La démarche est participative : **l'intégration des perspectives de l'ensemble des acteurs concernés est promue** (...) »³⁴ ;
- « Il est recommandé de **garantir à tous les professionnels la possibilité de contribuer à une réflexion sur les apports de leur pratique aux objectifs de l'accompagnement**. (...) »³⁵ ;

³² HAS. (2010). *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. p15-25.

³³ HAS. (2009). *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale des familles*.

³⁴ *Ibid.* p 10.

³⁵ HAS. (2009). *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. p 28.

- Sur l'implication des professionnels dans l'identification des pratiques : « (...) il est recommandé de réunir les équipes professionnelles pour **identifier leurs pratiques. Les données précises sur certains points révélateurs du fonctionnement institutionnel, des processus et des pratiques ne peuvent provenir que des professionnels eux-mêmes.** (...) »³⁶.

Il ressort des deux recommandations citées que la participation à l'élaboration et à l'évaluation du projet d'établissement, dont le projet de soins fait partie, est un moment fort fédérateur et dynamisant de la vie institutionnelle. De plus, elle apporterait une valeur ajoutée à l'établissement et aux projets au bénéfice des usagers grâce à l'expertise des professionnels en lien direct avec le terrain. Pour finir, la participation permettrait également d'interroger et de placer du sens sur les pratiques.

Des prémisses du projet, en passant par le projet d'établissement, puis, par le projet médical sur lequel s'appuie le projet de soins infirmiers, nous découvrons le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Nous venons ainsi de dévoiler le projet de soins que nous connaissons actuellement dans nos établissements médico-sociaux.

Il nous paraît maintenant intéressant de nous pencher sur les obligations de son contenu.

7. Le projet de soins actuel, quel contenu, quelles obligations ?

Nous avons trouvé pertinent de nous appuyer sur le guide élaboré par l'Agence Régionale de Santé de la région Île de France « Projet de soins - Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales »³⁷. Dans les attendus, nous trouvons le cadre juridique, le contexte du projet de soins (externe et interne), le bilan du projet de soins antérieur, des actions en cours et à poursuivre, la méthodologie utilisée pour son écriture, les axes stratégiques du projet de soins, des fiches actions et des modalités d'évaluation.

Le guide insiste sur la participation des professionnels à son élaboration à partir d'un diagnostic de l'existant. Cette phase portée par l'implication des cadres permettra de **définir des orientations stratégiques puis des objectifs à décliner en fiches actions évaluable qui permettront à leur tour de réinterroger l'existant.**

³⁶ *Ibid.* p 38.

³⁷ ARS. (2013). *Projet de soins - Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales.*

Notre attention se porte particulièrement sur l'aspect participatif de l'élaboration du projet de soins ainsi que sur les préconisations de mise en place de fiches actions, notre projet de soins d'établissement n'ayant pas répondu à ces deux recommandations.

Le cadre réglementaire, les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et le guide de l'ARS que nous venons d'exposer, nous permettent d'avancer une conclusion intermédiaire.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

Si le contexte réglementaire de 1970 se base sur les objectifs financiers, rapidement les notions d'objectifs thérapeutiques en lien avec les besoins émergent dès 1975. Les notions de projection, de développement de la qualité, d'évaluation des soins et de leur sécurisation, de formation, de recherche, apparaissent au fil des lois. Ces notions, indissociables des pratiques professionnelles de terrain et toutes présentes au cœur même du projet de soins, laissent supposer que ce dernier peut concourir, par son essence même, à l'amélioration des pratiques professionnelles et être considéré comme un outil de grande valeur.

Les deux recommandations précitées de l'HAS mettent l'accent sur la réflexion des professionnels quant à l'identification de leurs pratiques en lien avec les objectifs. En théorie, le projet de soins institutionnel, dans sa phase d'élaboration et d'évaluation, permettrait aux professionnels « **de porter un regard d'ensemble sur le service global rendu par la structure** », « **de mieux se représenter les interrelations entre son activité professionnelle et celle de ses collègues** » et par là même, placer un sens collectif sur leurs pratiques professionnelles individuelles.

En dehors de ses phases d'évaluation et de construction, le projet de soins, présente les attendus suivants :

- Les spécificités de l'établissement à articuler avec son environnement, les projets de santé nationaux, régionaux et locaux) ;
- Des principes éthiques ;
- Des valeurs ;
- Des partenariats ;
- Un versant projectif (la description des objectifs, les actions à mener, les formations à envisager au regard de l'évolution du public et des techniques) ;

- Une amélioration, une sécurisation, une qualité optimale des soins, etc.

Ces attendus permettraient aux professionnels de :

- Placer du sens sur leurs pratiques professionnelles ;
- Se projeter au cœur des projets ;
- D'être en adéquation avec les priorités nationales, régionales et d'en comprendre davantage les impacts sur leurs pratiques quotidiennes.

Projet, sens et projection seraient intimement liés et complémentaires.

Cette première conclusion semble conforter notre problématique et nos hypothèses sans toutefois nous permettre d'en comprendre toutes les subtilités. Elle nous invite donc à rechercher davantage d'éléments pour étayer notre sujet et éclairer notre problématique et nos hypothèses. C'est pourquoi, nous nous dirigeons maintenant sur la compréhension des notions de projet et de soins dans cette seconde partie.

II. Le concept de projet et de management

Pour cette partie, nous prenons appui sur l'ouvrage de Jean-Pierre Boutinet « Psychologie des conduites à projet »³⁸.

1. La naissance de la méthodologie de projet au Quattrocento

Selon Jean Pierre Boutinet : « le projet en tant que figure de l'anticipation est une caractéristique spécifiquement humaine »³⁹. L'auteur nous rappelle que, même si, ni les Grecs ni les Latins n'avaient dans leur langue de terme équivalent pour désigner la façon par laquelle un individu ou un collectif pouvait définir un futur désiré à faire advenir, il n'en demeure pas moins que les conduites d'anticipation ont de tous temps toujours existé. « Pendant longtemps au sein de la création artisanale **les deux temps de l'élaboration et de la réalisation ont été confondus, laissant la place à une large improvisation, à une sorte de bricolage fait d'essais et d'erreurs.** »⁴⁰. La montée de la complexité, dans le domaine de l'architecture, a rendu nécessaire la phase de préparation méthodique, en amont de la phase de conception. C'est donc, à l'aube de la Renaissance en Italie et dans le domaine des arts architecturaux, que naîtra la méthodologie de projet et les concepts

³⁸ Boutinet, J. (2014). *Psychologie des conduites à projet*. Paris : Presses universitaires de France.

³⁹ *Ibid.* p.9

⁴⁰ *Ibid.*, p.9

de dessein et de dessin, le premier lié à l'élaboration, la conception, le second, à la réalisation, la concrétisation.

Si l'époque du Quattrocento⁴¹ a permis l'apparition de la phase d'élaboration associée à la créativité, ce n'est qu'au siècle des lumières que le projet architectural va se métamorphoser.

2. Le projet au siècle des lumières

Le siècle des lumières a permis la mutation du projet architectural purement technique en projet de société en direction, pour la première fois, des individus. Aux progrès de la science, répondent les projets humanistes. C'est le siècle par excellence des ambitions projectives. Le fait de « jeter en avant » renvoie à l'étymologie latine du mot « projet ».

Chacun à leur manière, les projets des deux époques précédemment cités, étaient portés soit par un architecte soit par un érudit penseur. Certes, dans le dernier cas, en direction de la société mais sans que l'individu y soit cependant associé ni que son avis soit requis. Il faudra attendre l'avènement de la philosophie, de la phénoménologie, de la psychologie pour que le mot « projet » revête un sens nouveau.

3. L'époque philosophique

Jean-Pierre Boutinet, dans son ouvrage, nous rappelle les travaux du philosophe J.G. Fichte, disciple de Kant, en ces termes : « J.G Fichte va appréhender dans ses premières œuvres des années 1795-1800 à travers le projet (Projekt) **cette propriété du Moi d'être effort infini pour se réaliser lui-même, tension vers, aspiration.** »⁴².

De nouveaux concepts naissent telle que l'intentionnalité qui permettra la recherche de sens et l'opportunité d'innovation. Ils aboutiront à la participation des individus eux-mêmes à leur destin. Les desseins et dessins ne seront alors plus uniquement élaborés et construits par les architectes ou les libres penseurs mais par l'individu lui-même ou par un groupe d'individus.

⁴¹ Le quattrocento : contraction de millequattrocento en italien, est le siècle de la Première Renaissance italienne couvrant les années 1420 à 1500.

⁴² *Ibid*, p.12

De ce qui précède, nous pouvons dégager l'idée que la participation de l'individu à un projet va lui permettre de se réaliser lui-même en faisant part de ses aspirations. En projetant en avant ses intentions, l'individu sort de lui-même, de son moi pour aller au-devant de son environnement et des autres et ainsi se confronter au non moi.

Après avoir parcouru l'époque du projet architectural, l'époque du projet sociétal puis celle du projet existentiel, nous arrivons maintenant à l'époque du projet s'ouvrant aux préoccupations individuelles (sujet dans les années 1970) puis à nouveau aux projets collectifs dont le projet de soins qui nous préoccupe et pour lequel nous continuons à prendre appui sur l'ouvrage de Jean-Pierre Boutinet pour davantage avancer et mûrir notre réflexion.

4. « Psychologie des conduites à projet »

4.1 La logique des projets organisationnels

Le projet organisationnel permet « d'aborder le changement volontaire en cherchant à adapter l'organisation aux évolutions de son environnement » (Boutinet⁴³, 2014). Il se décline sous différentes formes :

- Le projet d'établissement comme projet de référence qui « dans le meilleur des cas va constituer la loi structurante du collectif » en portant les valeurs de référence de l'entreprise ;
- Le projet d'établissement comme projet participatif qui, comme son nom l'indique, visera à faire participer le maximum d'acteurs à la réalisation de son action ;
- Le projet de service, auquel s'apparente notre projet de soins, et qui « entend développer chez les acteurs concernés un effort de prospective et une recherche de cohérence en laissant une marge d'initiative à l'équipe ». Jean-Pierre Boutinet parle de « démarche négociée », de « référence identitaire », de « sens de l'action », de « redonner implication et dynamisme à ses membres en leur proposant à travers telle ou telle initiative la possibilité de travailler autrement » ;
- La gestion par projet qui « substitue au changement pensé et imposé par le haut un changement horizontal pensé et implanté de côté ; ». C'est le latéral qui prend le pas sur le vertical. Le projet est davantage temporaire et limité dans le temps. Il est porté par un chef de projet.

⁴³ *Ibid*, p.50-51

De ce qui précède, nous retiendrons que la participation des professionnels au projet, quel que soit sa forme, va permettre à ceux-ci de s'identifier à une culture de service au travers de valeurs communes partagées, de faire preuve d'initiative, de s'impliquer et de se dynamiser tout en comprenant le sens de leurs actions puisque celles-ci auront été négociées. Il est nécessaire maintenant d'aborder les coordonnées spatio-temporelles du projet et leurs éventuelles incidences sur notre sujet.

4.2 L'espace-temps, le projet et les acteurs

Sans notion d'espace et de temps, l'être humain serait incapable de se repérer donc d'exister et de se projeter. Ces deux notions sont du reste indissociables, l'une appelant l'autre. De même, le projet, dans ses différentes phases, ne pourrait exister sans notion d'espace et de temps. Si l'individu fait appel constamment au passé (connaissances, expériences, souvenirs, etc.), il s'appuie sur le présent pour projeter son devenir. Il en est de même pour élaborer un projet, il faudra tenir compte de son passé et du présentiel pour le projeter. L'espace-temps du projet et de l'individu sont donc indiscutablement enchevêtrés. Permettre au professionnel d'établir un état des lieux présentiel et passé d'un projet, tout en y inscrivant et projetant ses idées, ses désirs et ses propres projections, lui permettrait d'exister, d'habiter le projet dans son espace-temps et donc d'entrer en action avec ce dernier. Jean-Pierre Boutinet résume ainsi ce qui précède : « L'opportunité naît de la **rencontre** de l'**acteur** dans **ses aspirations** avec un **environnement dans ses disponibilités**. (...) D'où l'importance pour une **méthodologie du projet** de **recourir à une analyse de situation préalable**, susceptible de bien **faire apparaître les contraintes au regard du champ des possibles dans l'espace analysé**. »⁴⁴. Nous nous permettons de mettre en relation la réflexion précédente avec les deux recommandations de l'HAS précédemment citées. En effet, les recommandations préconisent la participation des professionnels tant à l'évaluation interne qu'à l'élaboration du projet.

À ce stade des apports théoriques, nous nous orientons intuitivement sur le management de l'élaboration du projet et trouvons nécessaire d'interroger la littérature du monde médico-sociale. Nous nous appuyerons sur Jean-René Loubat et sur son ouvrage : « **Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale** »⁴⁵. Nous nous efforcerons de citer ce qui nous paraîtra utile pour nourrir notre réflexion. Par

⁴⁴ *Ibid*, p.76

⁴⁵ Loubat, J. (2012). *Élaborer un projet d'établissement ou de service*. Paris : Dunod.

projet, nous entendons « projet de soins » même si les citations concernent le projet d'établissement ou de service car elles peuvent être transposées au projet de soins en particulier.

5. Concept de management de l'élaboration du projet

Jean-René Loubat tient les propos suivants : « Le projet d'établissement ou de service doit impérativement s'inscrire dans les orientations d'un projet associatif, parce que l'échelle de l'établissement n'est plus pertinente, que le passage au niveau supérieur s'impose (...). »⁴⁶. Nous pouvons avancer que la participation des professionnels favorisera leur ouverture sur l'association même dont ils dépendent, non seulement sur ses orientations mais également sur ses valeurs portées. La culture commune associative devrait s'en trouver renforcée. Culture et valeurs collectives et associatives permettront de donner sens aux pratiques et de les améliorer.

Dans la sous-partie « Promouvoir une approche participative » du chapitre 5⁴⁷, Jean-René Loubat met en garde contre l'élaboration isolée du projet par un petit groupe de dirigeants mais également contre la participation des professionnels sans méthode et sans plan précis. La participation doit avoir du sens et non être la volonté des managers de mettre en place la participation de « bonne conscience ». Quelques conseils avisés sont donnés : « Tout le monde ne peut pas se mêler de tout et être compétent pour aborder toutes les questions. Il est donc nécessaire de sérier les modalités de participation en fonction des thèmes abordés. ».

Il nous indique également que « Le projet poursuit un objectif et doit donc obéir à une cohérence logique. (...) Le projet n'est pas un inventaire à la Prévert mais une démonstration logique. ».

Jean-René Loubat met très clairement en garde les dirigeants sur leur management durant la phase d'élaboration. Mal menée, celle-ci peut avoir autant d'effets dévastateurs que la non-participation. Le manager est placé face à ses responsabilités.

⁴⁶ *Ibid*, p133.

⁴⁷ *Ibid*, p139-140.

La présentation du concept de projet, en particulier au travers du regard de Jean-Pierre Boutinet et de Jean-René Loubat, nous permet de poser une seconde conclusion intermédiaire.

Conclusion intermédiaire

De la démonstration que nous venons d'établir, il s'avère que l'appropriation du projet de soins en tant que projet par le professionnel lui permettrait d'entrer davantage dans l'action même du projet et de ses objectifs et ainsi d'être acteur à part entière de sa réalisation. Nous pouvons également établir que le professionnel s'approprierait également le temps et l'espace du projet et n'en serait que meilleur acteur puisqu'il s'agirait également de son propre espace-temps. L'acteur s'attribuerait davantage l'environnement dans lequel il exerce en le comprenant, d'autant plus qu'il aura été sollicité, tant dans son analyse présente que dans sa prospective. L'analyse présente permettrait au professionnel de poser un regard critique sur ses pratiques (ensemble de comportements, de règles, de principes qui lui permettent de réaliser ses activités professionnelles) et donc de les adapter, de les changer, de les orienter de manière projective en fonction des besoins évolutifs des usagers, de l'environnement, des orientations de l'entreprise. En revanche, il n'est pas question d'enfermer notre réflexion uniquement au stade de l'élaboration du projet. Nous mettons en lien avec les fiches actions mentionnées dans la première partie, 1.7.. Celles-ci présentent une valeur projective, sur une durée pouvant s'étendre à cinq ans. Par ces fiches actions, le professionnel sera régulièrement sollicité et ses pratiques constamment réinterrogées, évolutives et améliorables.

Nous pouvons ajouter que l'espace-temps et les limites du projet en tant que projection sont rassurants pour l'individu et lui apportent une sensation de contenant d'autant plus que l'espace-temps du projet est celui que le professionnel s'approprie personnellement.

Nous pouvons envisager de valider notre seconde hypothèse à savoir que l'appropriation du projet en tant que projectif contribuerait à l'amélioration des pratiques professionnelles en impliquant à titre individuel et personnel le professionnel. Il faut se rappeler que le projet de soins rend compte des valeurs, des principes, de l'éthique commune des professionnels et que c'est sur celles-ci que s'assoient les pratiques professionnelles.

C'est donc l'action même des pratiques professionnelles, d'un point de vue relationnel, organisationnel et technique, qui se trouvera interrogée face aux objectifs des projets.

Voyons dans un troisième temps ce que la notion de soins peut apporter à notre réflexion.

III. Le concept des soins

1. Pensée de Walter Hesbeen

Nous faisons le choix de citer Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain en Belgique, au travers du chapitre « Les soignants, les soins et le sens » issu du livre « Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation »⁴⁸.

« En son sens premier, le soin exprime le souci que l'on a de quelqu'un ou de quelque chose. La préoccupation que l'on en a. Il témoigne de l'importance qu'on lui accorde. Pourquoi un tel souci, une telle préoccupation ? Pour permettre de vivre, d'exister, de se développer, de se sentir bien, en sécurité, de ne pas s'abîmer et parfois d'aller mieux. Le soin est nécessaire à la vie, à toute forme de vie. »⁴⁹. - « Les soignants sont donc bien plus nombreux et diversifiés qu'il n'y paraît et leur nombre autant que leurs activités dépassent largement la seule sphère des actuelles professions de santé. »⁵⁰.

Nous percevons ici que le projet de soins ne va pas uniquement concerner les acteurs à proprement parler du soin, acteurs médicaux et paramédicaux, mais l'ensemble des professionnels. Le projet de soins ne se résume pas à un catalogue de soins techniques mais doit prendre en compte « le prendre soin de », pour lequel les soins techniques sont complètement indissociables. C'est d'ailleurs dans cet esprit que s'inscrivent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS sur « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »⁵¹ ainsi que le guide de bonnes pratiques de l'Association des Paralysés de France⁵² dans son cahier des charges

⁴⁸ Hesbeen, W et al. (2012). *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*. Editions Seli Arslan. 176p.

⁴⁹ *Ibid.* p 30.

⁵⁰ *Ibid.* p 31.

⁵¹ HAS. (2013). *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*.

⁵² APF France Handicap. (2011). *Projets de soins médico-sociaux (personnalisés, institutionnels) : Repères méthodologiques & recommandations*.

concernant les projets de soins médico-sociaux institutionnels. Nous allons ainsi nous appuyer sur ces documents pour éclairer notre sujet et avancer notre questionnement.

2. Recommandation de l'HAS concernant « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »

La recommandation de l'HAS, « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée »⁵³, dans son chapitre 3, « La cohérence, la continuité et la permanence des soins autour de la personne », mentionne la coordination des soins avec les autres dimensions de l'accompagnement, internes et externes, en ces termes :

« **Le volet soins du projet d'établissement** ou de service **permet aux professionnels de repérer le sens de leur action** et leur place dans l'organisation. »⁵⁴

« Associer, lors de l'élaboration et de la révision du projet d'établissement ou de service, **les professionnels soignants et, si possible, des professionnels représentant les autres volets de l'accompagnement** ainsi que les partenaires de l'offre de soins.⁵⁵ ».

Voyons maintenant le guide de l'APF France Handicap.

3. Le guide de l'APF France Handicap

Le guide de l'APF France Handicap⁵⁶ situe le projet de soins dans le projet institutionnel de l'établissement en cohésion avec une offre de soins sanitaire et médico-sociale locale et régionale permettant à la fois à la structure de s'en différencier mais également d'établir des partenariats avec celle-ci.

Le guide précise :

- La place du soin dans le projet global en tenant compte du type de la structure ;
- La manière dont le projet de soins a été élaboré ;
- Le public accompagné par les soins, la nature et les types de soins proposés en insistant sur la façon de les prodiguer ;
- Les dimensions du « prendre soin » :

⁵³ Has-sante.fr. (2013). L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. [En ligne]

⁵⁴ *Ibid.* p 69.

⁵⁵ *Ibid.* p 70.

⁵⁶ APF France Handicap. (2011). Projets de soins médico-sociaux (personnalisés, institutionnels) : Repères méthodologiques & recommandations.

- L'éducation (éducation à la santé, l'autonomisation, éducation thérapeutique) ;
- La prévention (gestion des risques individuels, environnementaux, liés aux soins) ;
- L'intervention soignante (nursing, surveillance, soins, rééducations, consultations, etc.) ;
- La coordination (interne et externe) ;
- L'accès aux soins et les facilitations.
- Les points de vigilance :
 - La prise en charge de la douleur ;
 - La fin de vie et les soins palliatifs ;
 - La gestion des situations d'urgence ;
 - L'appui sur des expertises et réseaux particuliers.
- La place de l'utilisateur et de ses proches dans le projet de soins :
 - Les droits de l'utilisateur ;
 - Le projet de soins personnalisé ;
 - La gestion des refus de soins ;
 - La place de l'entourage ;
 - La place de la personne de confiance.
- Le système d'information et la gestion de données de santé :
 - Le dossier unique de l'utilisateur ;
 - Les échanges d'information avec l'extérieur ;
 - L'informatique et les libertés.
- La qualité des soins :
 - L'appui des recommandations de bonne pratique ;
 - L'appui sur des expertises externes ;
 - Les formations.

Dans le descriptif des valeurs du guide de l'APF France Handicap, nous nous sommes particulièrement intéressés à ce qui suit : « Le projet de soins d'une structure APF s'appuie sur une **conception large du soin** : éducation à la santé, prévention, intervention, coordination... Le soin est donc une dimension constante de l'accompagnement médico-social. (...) »⁵⁷.

⁵⁷ APF France Handicap. (2011). Projets de soins médico-sociaux (personnalisés, institutionnels) : Repères méthodologiques & recommandations. p 7.

Dans sa partie méthodologique, le guide de l'APF s'interroge sur l'élaboration du projet de soins et sur les acteurs à y associer en ses termes : « **Participent directement à l'élaboration** (non limitatif) **des usagers** (au moins le Conseil de la vie sociale) et **des membres de l'équipe pluridisciplinaire** : soignants (médecin, IDE, **rééducateurs**) **mais aussi représentants (référents) par secteur : vie quotidienne (AMP, AS...), éducatif, pédagogique...** Dans les services, ce pourra être plus facilement toute l'équipe... »⁵⁸. (Les éléments cités en gras sont propre à la recommandation même).

Ce qui précède entre en lien avec la pensée de Walter Hesbeen (voir *supra* III.1.). La pensée de Walter Hesbeen, la recommandation de l'ANESM et le guide de l'APF France Handicap cités, nous interrogent particulièrement sur la participation de l'ensemble des équipes pluridisciplinaires (soignantes, éducatives, pédagogiques...) au projet de soins institutionnel et nous permettent d'élargir la notion de soins au « prendre soin de » en y impliquant les professionnels d'une structure dans leur complétude.

Cette dernière partie, « Le concept des soins », tend à nous conforter dans les effets attendus du projet de soins, à savoir : permettre à l'ensemble des professionnels de repérer le sens de leurs actions dans le but de les améliorer.

Nous arrivons maintenant à la conclusion générale de notre théorie.

Conclusion

Les conclusions intermédiaires nous permettent de constater que la théorie affirme nos hypothèses de départ : le projet d'établissement comprenant le projet de soins porte l'objectif et la responsabilité d'améliorer les pratiques de l'ensemble des professionnels. Cependant, si nous comparons la théorie citée dans cette partie à la pratique au sein de notre structure de référence, force est de constater des écarts :

- Le projet de soins n'est pas projectif (pas ou peu d'objectifs déclinés, de plan d'actions, de fiches actions) ;
- Pas de programmation des objectifs ;
- Pas de pilote pour la mise en œuvre ;
- Pas d'évaluation planifiée.

⁵⁸ APF France Handicap. (2011). Projets de soins médico-sociaux (personnalisés, institutionnels) : Repères méthodologiques & recommandations. p 8.

Il nous paraît intéressant et nécessaire d'enquêter auprès d'établissements ayant la même mission que la nôtre afin de vérifier si, dans d'autres associations, des écarts similaires sont relevés et, dans l'affirmative, d'en comprendre les impacts en déclinant un plan d'amélioration des actions.

Nous présentons donc maintenant notre méthodologie d'enquête.

Partie 2 : Méthodologie et résultats

Entre l'enquête par questionnaire et celle par entretien, nous avons opté pour l'enquête par entretien et en exposons ci-après les raisons et la méthodologie.

I. Objectifs des entretiens

L'objectif premier des entretiens est de répondre à notre problématique ainsi que d'affirmer ou infirmer nos hypothèses.

L'objectif secondaire est de repérer et mesurer les écarts entre la théorie présentée et la pratique pour en comprendre les causes qui peuvent être liées au matériel, à la méthode, au milieu, à la main-d'œuvre, au management, à la matière et aux moyens. En dernier lieu, l'analyse des entretiens, mis au regard de la théorie, va nous permettre de dégager des préconisations d'actions et un programme dans le but de réduire les écarts relevés, voire de manière plus ambitieuse, de les traiter.

II. Champ de l'enquête : objet et cible de la mesure

1. Objet de la mesure

S'il nous semble intéressant de cibler la région des Hauts de France, il ne nous paraît pas envisageable ni raisonnable de nous intéresser à l'ensemble des structures médico-sociales. En effet, chaque type de structure intervient auprès d'un public et d'une tranche de vie qui leur est propre et en direction desquels le projet de soins institutionnel est rédigé. Par conséquent, il nous a semblé que la disparité rendrait l'analyse difficile et peu objective. C'est la raison pour laquelle nous ciblons les Instituts d'Éducation Motrice uniquement.

Travaillant au sein de l'APF France Handicap depuis de nombreuses années et connaissant plusieurs établissements qui en dépendent ainsi que le cahier des charges et recommandations de l'association concernant la rédaction du projet de soins institutionnel, nous souhaitons prendre une distance avec notre association. Les entretiens recueillis auprès de professionnels d'autres associations nous apporteront une ouverture d'esprit et

de recherche et, nous l'espérons, enrichirons notre analyse pour pouvoir répondre à nos objectifs fixés. C'est ainsi que nous faisons le choix d'écarter les IEM dépendant de notre association.

2. Cible de la mesure

Nous ciblons les personnels suivants de par leur fonction, responsabilités et missions et, leur lien avec le projet de soins institutionnel.

- En premier lieu les directeurs. Les directeurs sont en effet responsables des activités et du fonctionnement de leur structure. Ils élaborent le projet de l'établissement dans le cadre de la politique gestionnaire de leur association et en sont les garants.
- Les médecins spécialisés en Médecine Physique et Réadaptation (MPR), médecins clef au regard du public accueilli, impliqués à tous les stades du projet de soins institutionnel.
- Les cadres de santé ou chefs de service paramédical, coordinateurs et animateurs de l'équipe paramédicale, impliqués eux aussi à toutes les étapes du projet de soins institutionnel.
- Les infirmières impliquées dans tous les volets du projet de soins, au contact de tous les usagers, en collaboration avec toutes les équipes, les familles, les partenaires extérieures.
- Les masseurs-kinésithérapeutes que nous pouvons considérer comme « généralistes » du domaine de la rééducation, assurant une prise en charge rééducative globale.

A des niveaux de responsabilité différents, tous les professionnels choisis pour être interrogés sont concernés et impactés par notre problématique. Leurs entretiens nous ont permis d'avancer une réponse quant à nos hypothèses concernant l'amélioration des pratiques, à partir du sens placé sur celles-ci et de leur aspect projectif.

III. Méthodologie

1. Technique de recueil

Nous avons porté notre choix sur les entretiens semi-directifs. Nous avons préféré les entretiens en face à face aux entretiens téléphoniques (à l'exception d'un entretien pour des raisons organisationnelles et, dans ce cas, en avons effectué le choix conjointement avec la direction de l'établissement et le professionnel concerné). Le face à face nous a permis d'établir une relation de confiance avec la personne interrogée, confiance qui a conditionné la qualité, pertinence et authenticité des réponses et leur exploitation dans le cadre de leur analyse.

Les entretiens semi-directifs ont permis de recueillir, à partir de quelques éléments de repère, dans un laps de temps raisonnable (entre février et mai 2018), des informations utiles et pertinentes pour notre analyse. Ils nous ont également permis de poser des questions ouvertes, d'adapter leur ordre en fonction de la personne interrogée et du contexte, de reformuler les questions si nécessaires, d'en faire préciser la réponse si cela s'avérait utile.

Le fait de conduire les entretiens semi-directifs au sein même des structures a facilité la compréhension du fonctionnement de l'établissement et a permis de se plonger dans l'univers professionnel des personnes interrogées. Nous avons donc pu recueillir et analyser de façon qualitative les réponses.

Au préalable à ces entretiens, une demande écrite explicative a été adressée à la Direction des établissements (voir Annexe I). Les conditions des entretiens sont indiquées sur chaque grille d'entretien et ont été présentées aux professionnels interrogés (voir Annexes II, III, VI à XXVI) à chaque début d'entretien.

2. Taille de l'échantillon et critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons porté notre choix sur les IEM de la région des Hauts-de-France (voir Annexe II) et expliquons ci-après nos critères de sélection et présentons les établissements ayant répondu à notre demande.

Le département du Pas-de-Calais comprend huit IEM dont deux dépendent de l'APF France Handicap. Le département du Nord comprend 14 IEM dont six dépendent de l'APF France Handicap. La Picardie comprend quatre IEM dont trois dépendent de l'APF France Handicap. Nous avons donc recensé 15 IEM hors APF France handicap. Il nous a paru raisonnable de retenir un tiers d'entre eux soit cinq établissements. Ce nombre nous a paru largement suffisant pour recueillir un potentiel de réponses variées et ainsi pouvoir objectiver le mieux possible notre analyse.

Nous souhaitons, au départ, écarter les internats et les IEM recevant un public présentant un polyhandicap pour nous permettre une analyse homogène de nos résultats. C'est en ce sens que nous avons pris nos premiers contacts début février 2018. De début mars 2018 à début avril 2018, afin de tenir nos engagements, à savoir interroger les professionnels de cinq structures, nous avons étendu nos contacts à l'ensemble des IEM de la région des Hauts-de-France. Des relances régulières par téléphone ou par mail ont été effectuées. Les établissements qui ont accepté de répondre à notre demande et qui pouvaient présenter le maximum de professionnels sont :

- L'IEM LADAPT de Cambrai dépendant de L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (LADAPT), organisme privé à but non lucratif ;
- L'IEM Jacques Collache de Coudekerque Branche dépendant de l'Association des Flandres pour l'Education, la formation des Jeunes et l'Insertion sociale et professionnelle (AFEJI), organisme privé à but non lucratif ;
- L'IEM Le Passage de Wasquehal dépendant du Groupement des Associations Partenaires d'Action Sociale (GAPAS), organisme privé à but non lucratif.
- L'IEM Pierre Cazin d'Anzin-Saint-Aubin dépendant de La Vie Active, organisme privé à but non lucratif ;
- L'IEM Trajectoires de Rang-du-Fliers dépendant de la Fondation Hopale, organisme privé à but non lucratif (voir Annexe III).

3. Professionnels

Sur chaque IEM, nous avons interrogé les professionnels suivants :

- L'IEM LADAPT de Cambrai : le directeur, un chef de service éducatif, un chef de service paramédical, une infirmière et un masseur-kinésithérapeute ;

- L’IEM Jacques Collache de Coudekerque Branche : le directeur, le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), un chef de service paramédical et un masseur-kinésithérapeute ;
- L’IEM Le Passage de Wasquehal : le directeur, le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et un masseur-kinésithérapeute ;
- L’IEM Pierre Cazin d’Anzin-Saint-Aubin : le directeur, le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), une infirmière et un masseur-kinésithérapeute ;
- L’IEM Trajectoires de Rang-du-Fliers : le directeur, le médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), une infirmière et deux masseurs-kinésithérapeutes.

Au total, vingt entretiens ont été réalisés sur cinq structures. Les professionnels ont été avertis et sollicités par la Direction que nous avons au préalable contactée. L’analyse fait état des contraintes rencontrées.

4. Délai de réalisation

Les grilles d’entretien ont été testées le 22 février 2018 (voir Annexe VI) et les entretiens se sont déroulés du 26 février au 22 mai 2018 (voir Annexes VII à XXVI).

IV. Conception des grilles d’entretien et test

1. Conception

Les entretiens semi-directifs se sont construits sur la base d’un dialogue à partir d’un guide d’entretien comportant des questions ouvertes travaillées à partir de la problématique et hypothèses posées. Dans un premier temps, des questions générales sont posées sur le projet de soins permettant de le situer au sein de la structure, puis, des questions plus spécifiques en lien avec nos hypothèses s’ensuivent pour terminer par un questionnement sur les écarts repérés et l’identification de leurs causes. Les questions concernant le management de l’élaboration du projet de soins et celles concernant les

causes des écarts repérés sont davantage précises pour le directeur, le médecin et le cadre (voir Annexes II et III).

2. Test des grilles d'entretien

Les grilles d'entretien ont été testées au sein de l'IEM Fougrousse à Douai le 22 février 2018 auprès de l'Adjoint de Direction, d'un masseur-kinésithérapeute et d'une infirmière (voir Annexe VI). À noter que les entretiens n'ont pu être testés auprès d'un médecin MPR, le poste étant vacant, ni auprès d'un cadre paramédical, ce dernier n'étant pas uniquement dédié à ce secteur.

Aucun correctif n'a été apporté aux grilles d'entretien, l'adéquation des questions répondant aux objectifs fixés. La durée d'entretien n'a pas excédée celle que nous nous étions fixé, à savoir 45 minutes.

Il a été cependant nécessaire, en particulier avec les professionnels de terrain, de régulièrement axer l'entretien sur le projet de soins institutionnel et non sur le projet de soins individualisé de l'utilisateur. La confusion n'était pas liée aux questions mais à la difficulté des professionnels à s'interroger sur le projet de soins institutionnel, ce dernier étant peu connu et utilisé.

3. Limites des entretiens semi-directifs

Certains professionnels n'ont pas pu être interrogés (vacance du poste, recrutement trop récent, manque de temps ou refus du professionnel).

Lorsque des adaptations ont été nécessaires, ces dernières ont été mentionnées au sein de l'entretien (pour exemple, nous avons dû prendre le projet de soins en lecture, à la demande d'un professionnel qui souhaitait se le remémorer, pour pouvoir répondre aux questions).

V. Phase de réalisation des entretiens et analyse

L'analyse des entretiens se décompose en trois parties : tout d'abord, une analyse par catégorie professionnelle, suivie d'une analyse par structure, pour terminer par une analyse globale.

1. Analyse des entretiens par catégorie professionnelle

1.1 Analyse des entretiens des directeurs

Trois directeurs, un directeur-adjoint et un cadre de direction ont été interrogés, soit un membre de la direction pour chaque structure (voir Annexes VII, XII, XVI, XIX, XXIII).

Construction et gouvernance

Il apparaît qu'un **projet institutionnel existe pour les cinq établissements**. À noter que, sur les quatre établissements interrogés, l'un des projets est effectif depuis 2010, deux autres viennent d'être réécrits et les deux derniers sont en cours de réécriture. Au sein de ce projet, **une partie soins s'y inscrit sans que celle-ci soit actée et identifiée comme « Projet de soins »** à proprement parler. Il est évoqué ; « Des paragraphes sont liés aux soins dans le projet d'établissement », « Une partie est dédiée aux soins dans le projet d'établissement », « Pas de projet de soins spécifique », « L'offre de service est déclinée dans le projet d'établissement », « Pas de projet de soins écrit et structuré », « C'est un projet d'accompagnement dans lequel se trouve la partie soins », l'un des directeurs déclare que « Les familles viennent chercher un projet thérapeutique fort ».

C'est donc sur la partie soins du projet de chaque établissement que nous avons axé nos questions auprès des personnes interrogées. Nous allons maintenant nous intéresser aux sources à partir desquelles la partie projet de soins s'est écrite ou s'écrit.

Trois directions mentionnent que la partie soins s'écrit à partir de la population accueillie, une direction insiste sur la prise en compte **de l'évolution de la population**, une autre sur les besoins recensés à partir de Serafin PH, Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées, et mentionne que « La clef d'entrée est le projet de vie du jeune ». Ce dernier établissement s'appuie également sur un diagnostic auprès des familles, des professionnels et des partenaires. Pour trois directeurs, les résultats des évaluations internes et externes sont utilisés. Une direction s'appuie sur le comité de bientraitance et

les thématiques de l'HAS-ANESM, une direction sur l'analyse des politiques publiques, une dernière évoque une méthodologie propre à l'association.

Concernant le pilotage de la partie soins, **trois structures l'ont placé sous la houlette du médecin** épaulé d'un cadre de santé pour l'un d'entre eux. Les **deux autres structures ont fonctionné en comité de pilotage** associant cadres et professionnels de terrain et pour l'un des deux, les responsables qualité. **Pour les cinq établissements, les équipes de terrain sont associées** sur des temps de réunions prévues à ce sujet et sur une durée de six mois à un an.

En ce qui concerne **les objectifs de l'écriture de la partie soins**, même si ceux-ci sont évoqués avec un verbatim différent par chaque direction, il apparaît, en toile de fond, que l'objectif principal du projet d'établissement et de sa partie soins, est d'**adapter les prestations aux besoins de l'utilisateur**. Les verbatims suivants sont, entre autres, utilisés : « Mettre des prestations en face des nouveaux besoins », « En ayant pour objectif l'inclusion scolaire », « Améliorer la prise en charge de l'utilisateur », « Développer l'inclusion scolaire », « Développer une offre de service qui répond à la logique de parcours », etc. **Trois directions définissent la partie soins comme base, repère ou guide** en ces termes « Outil de suivi et de communication », « Se situer dans le cadre du médico-social », « Le projet de soins est la pièce angulaire de la prise en charge », « Cela permet d'élaborer le plan de formation et de maintenir le niveau optimal des paramédicaux ».

Sur la partie « contenu » de la partie soins, la plupart des directeurs renvoient vers le médecin pour cette question. **Pour deux des structures**, il apparaît que **la partie soins se décline au travers de fiches actions générales** basées sur le projet global de la personne accueillie. **Pour les autres établissements**, il est évoqué **une partie soins descriptive du public, du parcours soins, des prestations**.

Sens et pratiques professionnelles

L'une des directions nous invite à nous rapprocher du médecin en charge du projet. Le sens du projet de soins ou partie soins apparaît pour les quatre autres directions comme une base au projet institutionnel et un soutien à l'accompagnement de la personne accueillie. Le projet est un appui, un guide, une limite pour les professionnels qui leur permet de se situer. Deux directions précisent que le projet peut-être déstabilisant pour les professionnels. Pour deux directions, le projet amène les professionnels à se questionner sur les pratiques, du moins dans sa phase d'élaboration. Pour une direction,

le projet incite les professionnels à « s'adapter au projet de vie », à « réajuster ses priorités par rapport au projet du jeune ».

Sur le sens placé sur les pratiques qui permettrait leur amélioration, deux directions répondent affirmativement en ces termes : « L'enjeu sera la coordination du parcours, lien à faire pour les différentes interventions pour que cela prenne sens et que tous soient dans le même projet », « « Le projet amène à écrire les pratiques, à les tracer, à les améliorer ». **Trois directeurs déclarent que le projet permet de conforter les professionnels dans leurs pratiques**, de les inciter à s'adapter au projet global de la personne accueillie, à **s'interroger sur « comment faire mieux »**, à développer des compétences.

Nous pouvons avancer que le sens, pris par le projet et placé sur les pratiques, concourait à leur amélioration.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

L'un des projets est de l'ordre du descriptif. Deux projets se déclinent en fiches actions d'ordre général, les deux derniers par objectifs. Les soignants sont donc mobilisés en projection. Avec des verbatim différents, **les directions évoquent un aspect dynamique** en ces termes : « Travailler en mode projet », « Travailler en dehors des murs », « les soignants sont mobilisés », « Savoir où l'on va », « L'aspect projectif est important, c'est la vie », « Impulse la dynamique », « Permet d'inscrire les professionnels dans le dynamisme », etc.

Quant à **l'amélioration des pratiques à partir de l'aspect projectif** du projet, **trois directions répondent en ce sens** en mentionnant « un enrichissement dans le travail », une « Ouverture d'esprit », « Une nouvelle dynamique à l'action de chacun sinon on se conforte dans l'acquis, cela empêche la routine ». Deux directions mettent en lien l'amélioration des pratiques avec l'anticipation des besoins futurs des usagers.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

L'une des directions déclare que « Tout converge vers une prise en charge optimale de l'enfant » et **qu'un projet de soins défini comme tel permettrait « de maintenir à niveau les professionnels (formation), de sécuriser les pratiques »**, mais ne peut aller plus loin dans sa réponse. **Sur les quatre autres directions, l'une d'entre elles espère que ce sera un cadre de référence pour les équipes, les trois autres**

répondent positivement comme suit : « Qualité d'améliorations des prestations offertes », « Oui, pour tout le monde, voir ce que l'on fait, constater les écarts et améliorer de façon continue », « Oui, c'est un outil d'amélioration des pratiques pour la direction, permet de prendre en compte la composante médicale, d'ajuster les besoins, les ressources. ». A noter que, sur les quatre projets de soins, des repères sont donnés sur trois d'entre eux (indicateurs, Gantt, amélioration continue) ; Pour le quatrième, la direction déclare qu'un plan d'actions avec des fiches actions et des indicateurs seraient un bon repère « et un plus ».

Écarts entre la théorie et la pratique

Concernant les écarts relevés, il est **difficile pour deux directions de les relever** et donc d'en trouver les causes (pour l'un des établissements, projet en cours de rédaction et ancien projet non évalué, pour l'autre établissement, les écarts se mesurent surtout à partir des moyens humains manquants). **Les autres directions s'accordent pour relever des écarts entre la théorie stratégique et politique et le terrain et sa réalité.**

Cause des écarts

Les causes des écarts relevés, pour les trois directions ayant répondu, sont :

- **La méthodologie** (comité de suivi, participation des professionnels) ;
- **Les acteurs** : manque d'un cadre paramédical, jeu des acteurs (question d'adhésion, vision différente, peur du changement, perte de pouvoir, implication, acceptation du projet sur le terrain, adéquation du projet aux aspirations, manque de participants) ;
- **Le management** (mauvaise communication et donc compréhension, mise en place de la méthodologie, point régulier en réunion de service) ;
- **Les outils manquants** (un plan d'actions pour exemple) ;
- **Le facteur temps** ;
- **Le facteur financier** (moyens constants).

A la question : est-ce que l'écart peut être préjudiciable aux pratiques, la réponse est majoritairement négative, d'autres outils existants au-delà du projet (projet individualisé, formations, entretiens individuels, etc.).

Nous poursuivons maintenant avec l'analyse de l'entretien des médecins MPR.

1.2 Analyse des entretiens des médecins MPR

Sur les cinq structures, LADAPT de Cambrai n'a pu solliciter un médecin pour l'entretien (médecin nouvellement arrivé et très affairé). Sur les quatre structures restantes, deux médecins sont nouvellement arrivés et n'ont donc pas participé au projet de soins (voir Annexes XIII et XVII). Nous avons néanmoins recueilli leur avis sur le futur projet de soins. Les médecins des deux autres structures sont expérimentés en IEM (voir Annexes XX, XXIV).

Construction et gouvernance

L'un des quatre médecins utilise le terme de projet, un second le découvre, les deux derniers évoquent une partie soins. **L'ensemble des médecins s'accordent pour déclarer le projet ou partie soins descriptive.**

Pour écrire la partie soins, **les médecins, tout comme les directeurs, s'appuient sur les besoins de la population accueillie, les évaluations externes, l'ancien projet.** Ils éprouvent le besoin de consulter des projets de soins extérieurs, les fiches d'évènements indésirables, les documents ARS, HAS, des sources bibliographiques, les recommandations de l'éducation nationale en matière de santé. Les difficultés émergentes du terrain, les remarques de l'ensemble des professionnels au cours des réunions, les projets personnalisés des usagers, viennent alimenter et compléter leur réflexion.

L'objectif du projet est, pour deux d'entre eux, **de permettre et concourir à une prise en charge globale de la personne accueillie** : « Prise en charge coordonnée au niveau des soins », « Projet d'intégration sociale et professionnelle, projet d'autonomie ». Un autre médecin part d'un diagnostic détaillé pour projeter les soins à partir des ressources en levant les freins.

Sens et pratiques professionnelles

Pour les médecins nouvellement arrivés, pour l'un, le projet de soins revêt un **caractère obligatoire de l'ordre de la bureaucratie**, coûteux en temps et en énergie. Il prendrait son sens au travers d'une réflexion à mener sur ce qui est proposé et ce qui serait à améliorer. **Pour l'autre, le projet de soins permettrait d'amener un confort et une sécurité des soins, l'optimisation des domaines d'actions permettrait d'améliorer les pratiques.**

Pour les deux médecins exerçant en structure depuis plus longtemps, le projet ou partie soins est « Une trame qui régule et permet de prendre en charge et d'organiser le suivi », « C'est une base de référence ». **Il présente et place du sens pour les médecins et pour les professionnels sur leurs pratiques** : « De savoir dans quel domaine de handicap ils travaillent », « Permet de travailler en pluridisciplinaire dans le respect de la mission de chacun ».

Il ressort que le projet améliorerait les pratiques au travers du sens qu'il place dessus. Il est évoqué le cadre donné aux actions, l'amélioration dans le sens de l'ouverture, de l'adaptation et de la flexibilité des pratiques en direction des usagers.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Pour les médecins arrivés depuis peu, l'un des deux précise que le projet présente des fiches actions, celles-ci sont parfois sources d'angoisse pour les professionnels qui doivent changer leurs pratiques. On peut déduire de cette réflexion que **l'aspect projectif touche fatalement les pratiques mais peut être perturbant**. Le second médecin déclare que « **Le projet n'a aucun sens s'il n'y a pas de projection** », « **Les objectifs améliorent les pratiques** ».

Pour les médecins avec plus d'ancienneté, l'un des deux avance que **l'aspect projectif permet** une motivation, « **d'évaluer et d'analyser les pratiques actuelles** », une « remise en question constante des professionnels », « L'aspect projectif a permis d'améliorer la prise en charge rééducative, éducative et le projet de vie des usagers », « L'amélioration s'appuie sur les constatations des pratiques des professionnels de terrain ». **Le second médecin avance que l'aspect projectif**, certes chronophage, **serait intéressant pour** se repérer, s'y référer, « de voir les objectifs remplis », « **avoir une meilleure lecture de leurs pratiques, prises en charge, de leur progression** ». De ce qui précède, les pratiques se trouveraient améliorer par **l'aspect projectif du projet**.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

L'un des médecins n'a pas suffisamment de recul pour déclarer que le projet de soins est un outil d'amélioration des pratiques ; **par contre, les trois autres médecins le pensent**. L'un d'entre eux déclare : « Cela oblige à avoir une réflexion globale et efficace », « de sortir de son cadre propre professionnel ».

Écarts entre la théorie et la pratique

A ce sujet, **les deux médecins nouvellement arrivés ne peuvent se prononcer. Pour les deux autres médecins, l'un** mentionne que **les fiches actions permettraient de mieux se repérer, l'autre** que **l'on trouve parfois le projet insuffisant et les stratégies trop lourdes d'où l'intérêt d'une réévaluation du projet.**

Cause des écarts

Les causes repérées concernent, pour les médecins ayant répondu, **la méthodologie** (manque de fiches actions, d'indicateurs), **le manque d'outils** (fiches actions, plans d'actions), **le manque de temps**. Pour l'un des deux médecins, **le management serait à l'origine d'un manque de méthodologie**, il faudrait une formation dans ce domaine qui permettrait une meilleure organisation. Pour l'autre médecin, une mauvaise évaluation des besoins de l'utilisateur pourrait être à l'origine des écarts.

Pour les deux médecins, les écarts pourraient être préjudiciables à l'amélioration des pratiques.

Nous poursuivons avec l'analyse des entretiens des cadres.

1.3 Analyse des entretiens des cadres

Sur les établissements retenus, seuls les IEM Jacques Collache de Coudekerque-Branche et LADAPT de Cambrai sont pourvus de cadres. Nous avons donc interrogé au sein de l'IEM Jacques Collache de Coudekerque-Branche un cadre technique langage, travaillant à mi-temps en tant que cadre et à mi-temps en tant qu'orthophoniste (voir Annexe XIV) et pour LADAPT de Cambrai, sur recommandation de la direction, deux cadres, le premier cadre éducatif (voir Annexe VIII) ayant piloté des groupes de travail dans le cadre du Comité de Pilotage (COPIL) de la réécriture du projet d'établissement, le second encadrant les ergothérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens (voir Annexe IX).

Dans la suite de notre propos, nous parlerons de cadre technique pour l'IEM Collache de Coudekerque-Branche et de cadre éducatif et rééducatif pour LADAPT de Cambrai.

Construction et gouvernance

Si le projet de soins paraît existant pour le cadre technique et le cadre éducatif, le cadre rééducatif déclare : « Pas de projet de soins avec cette appellation-là » en précisant que le projet se décline « par fiches actions dans lesquelles le soin intervient ». A noter que seul le cadre éducatif a participé à l'élaboration du projet en fin de réécriture au moment de l'entretien.

Le cadre éducatif nous précisera les sources d'appui à l'écriture (ARS, expertise de l'établissement sanitaire voisin, prévention et accessibilité aux soins, HAS-ANESM, les lois de 2002 à 2016, le Conseil d'état européen, etc.) ainsi que les participants contrairement à ses homologues moins au fait de ces volets. Le cadre technique précise l'appui des besoins des patients et la connaissance de l'environnement. Le cadre éducatif insiste sur l'empowerment (autonomisation) du jeune et de sa famille dans les objectifs, pendant que les cadres technique et rééducatif insistent sur le projet de vie et la scolarité en lien avec les rééducations et les soins qui y contribuent. Si, pour le cadre rééducatif, le projet se décline par fiches actions, procédures soins et partie axée sur un logiciel de soins, le cadre rééducatif mentionne des thèmes généraux (fiches actions basées sur le parcours de vie, le soin y concourant) et le cadre technique un descriptif en terme de rééducation.

Sens et pratiques professionnelles

Le cadre technique parle de référence et d'amélioration des pratiques pour les cadres plus que pour les professionnels (référence faite à son passé d'orthophoniste antérieur et présent). **Le cadre rééducatif mentionne les difficultés de connaissance et d'appropriation du projet ou partie soins pour les professionnels** de terrain et insiste sur le fait qu'il est nécessaire de présenter plusieurs fois les fiches actions et de revenir régulièrement sur le projet auprès des professionnels pour qu'ils se l'approprient. Pour ces deux cadres, **l'amélioration des pratiques professionnelles n'apparaît pas de prime abord. Pour le cadre éducatif, le projet soins se rattache au projet de vie** en étant transversal sans toutefois être prépondérant. En donnant de la lisibilité, un cadre, et en permettant une confrontation des soins avec l'accompagnement, il contribuerait ou favoriserait l'amélioration des pratiques.

Nous notons ici que **les avis sont divergents** sur ce point non seulement **entre les cadres de spécificité différente** mais également **entre les cadres et les directeurs et médecins**, du moins à ce stade de notre analyse.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Pour les cadres éducatif et technique, l'aspect projectif est présent. **Le cadre éducatif fait part de difficultés pour les professionnels** à travailler avec les fiches actions et **à faire le lien entre la projection et le terrain** ainsi que leur préférence à demeurer sur des aspects pratiques. Il insiste sur « Le rôle important des cadres qui doivent faire vivre les fiches actions, les outils, les orientations, les objectifs ». L'aspect projectif ne prendrait sens que « si les professionnels en sont acteurs et sans que cela soit imposé ». **Le cadre technique, quant à lui, déclare que « L'aspect projectif est de soi important », qu'il « peut dans l'absolu améliorer les pratiques mais cela dépend des individualités ».**

Nous ne pouvons pas déduire de ces deux avis que l'aspect projectif améliorerait les pratiques.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

Pour le cadre éducatif, la direction donnée par le projet permettrait de créer « une émulation et une intelligence collective à la condition que les professionnels comprennent le sens de là où on veut aller ». **Il est intéressant de noter ici que le sens est mis en lien avec l'amélioration.** Pour le cadre technique, « C'est un outil d'amélioration des pratiques car il est fil conducteur », cela dépend néanmoins des individualités. Le rôle des cadres est ici mentionné à nouveau. Pour le cadre rééducatif, c'est davantage le fait de communiquer et de présenter le projet qui permettrait de faire évoluer les pratiques. A noter que le cadre parle d'évolution et non d'amélioration.

Il apparaît que, pour les cadres, **le sens mis sur les pratiques et l'aspect projectif du projet n'est pas clairement source d'amélioration des pratiques professionnelles. Les cadres font davantage part des difficultés des équipes à s'approprier le projet.**

Écarts entre la théorie et la pratique

Des écarts sont relevés tels que **la difficulté pour les professionnels à s'approprier les outils sur le terrain, l'écart « entre la vitrine et le terrain », « Sur les projets innovants, les professionnels ont encore du chemin à faire par manque d'information ».**

Cause des écarts

Les causes des écarts repérés sont davantage **managériaux** (manque d'information, la communication sous toutes ses formes, l'écart entre la lecture du terrain par les cadres et les professionnels, le manque de sollicitation des professionnels, de **méthodologie**, le manque de cohérence et de projet commun). Une autre cause pourrait concerner **les professionnels** mais cette cause semble être **en lien avec l'aspect managérial** (la nouveauté inquiète, la frilosité des professionnels à se confronter au changement et à sortir de sa zone de confort). Le **facteur temps, les moyens à coût constant** (pas de remplacement de personnels), **le manque d'outils** pour le cadre technique seraient d'autres sources d'écart.

Les écarts constatés pourraient être préjudiciables à l'amélioration des pratiques.

Le cadre éducatif déclare qu'il faut une vigilance constante pour que cela ne soit pas le cas. Le cadre technique mentionne les divergences possibles de projection sur le terrain qui empêcheraient d'installer un sens commun, le cadre rééducatif le ralentissement de l'implication de tous dans les projets par frilosité des professionnels.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'analyse des entretiens des professionnels de terrain en commençant tout d'abord par les infirmières.

1.4 Analyse des entretiens des infirmières

Sur les cinq structures, l'IEM Collache de Coudekerque-Branche ne peut présenter une infirmière pour l'entretien, les soins étant assurés par un cabinet libéral. L'infirmière de l'IEM « Le passage » n'a pas souhaité être interrogée.

Connaissance du projet de soins

Sur les trois structures restantes (voir Annexes X, XXI et XXV), l'une des infirmières a relu récemment le projet, une seconde ne le connaît pas beaucoup mais participe à l'élaboration actuelle du nouveau projet, la troisième le connaît davantage car elle a participé à sa réflexion.

Sens et pratiques professionnelles

L'une des infirmières pense que le projet apporte une direction commune aux pratiques des différents professionnels, **ces dernières s'en trouveraient améliorées** au bénéfice des usagers. **Une deuxième infirmière avance que le projet « permet**

d'évaluer ce qui est fait sur le terrain », « de pouvoir refixer des objectifs », que les protocoles aident dans les pratiques et « permettent de définir une conduite à tenir commune entre les différents professionnels ». **La troisième infirmière** se questionne sur le sens du projet qui, selon ses termes, est « un récapitulatif du quotidien ». Elle ne voit pas en quoi c'est un projet et donc ne s'en sert pas et **ne trouve pas qu'il améliore, en l'état actuel, les pratiques**. Sur ce dernier entretien, nous pouvons avancer que, le projet ne plaçant pas de sens sur les pratiques de la professionnelle, celles-ci ne peuvent être améliorées.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Deux projets présentent soit des objectifs soit des fiches actions. L'une des infirmières ne trouve pas de lien entre l'aspect projectif et les pratiques, l'autre infirmière « se sent inclus dans les objectifs et les projets qui sont en lien avec ses pratiques » et « espère améliorer ses pratiques et déclare que c'est le but des actions ». Dans le troisième projet, l'aspect projectif n'apparaît pas mais l'infirmière pense que, s'il existait, cela permettrait une remise à niveau des professionnels, la possibilité de faire des recherches, de placer des échéances et d'évaluer les actions. **L'aspect projectif pourrait dans deux cas sur trois améliorer les pratiques**.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

De manière générale, dans l'état actuel des projets, **seule une infirmière pense que le projet de soins pourrait être un outil d'amélioration des pratiques**.

Écarts entre la théorie et la pratique

Le fait que le projet ne soit pas projectif est relevé deux fois comme un écart. Le vocabulaire utilisé dans le projet et la différence de compréhension du projet, selon le degré de participation des professionnels, seraient à l'origine d'un second écart.

Cause des écarts

Les causes des écarts relevés sont de l'ordre **managérial** (communication, aide à la compréhension, participation des professionnels). L'une des professionnelles déclare que la participation permettra « une meilleure compréhension et ensuite une implication ».

Nous poursuivons par l'analyse des entretiens des masseurs-kinésithérapeutes.

1.5 Analyse des entretiens des Masseurs-Kinésithérapeutes

Sur chaque structure, un masseur-kinésithérapeute a été interrogé (voir Annexes XI, XV, XVIII, XXII, XXVI). À noter que pour l'IEM Collache de Coudekerque-Branche, il s'agit d'un cadre technique masseur-kinésithérapeute pour lequel nous avons analysé uniquement les parties exploitables à ce titre. Sur l'IEM Trajectoires de Rang-du-Fliers, deux masseurs-kinésithérapeutes ont souhaité répondre ensemble aux questions.

Connaissance du projet de soins

Les professionnels connaissent tous l'existence d'un projet ou d'une partie soins dans le projet d'établissement sans toutefois avoir été sollicité à son élaboration pour quatre d'entre eux. **Les professionnels ne s'y réfèrent pas spontanément** (lecture faite pour deux professionnels, lecture à venir pour deux autres, lecture faite en cours d'entretien pour le dernier masseur-kinésithérapeute). Il est intéressant de noter **la réflexion de l'un d'entre eux** en ces termes : « notion qui est étrangère, éloignée », « **N'a pas la même vision que l'équipe d'encadrement**, pas la formation spécifique à ce type d'approche ».

Sens et pratiques professionnelles

Pour le professionnel qui découvre le projet, il est impossible de répondre à cette question. Pour les quatre autres professionnels, le projet est présenté plus comme un descriptif qui pose un cadre, une cohésion déclinée dans les projets individualisés, il sert à être présenté aux tutelles, aux parents. Son sens se base sur la trace de son descriptif, pour l'un des professionnels sur la convergence des prises en charge. Même s'il est décrit comme dynamique par l'un des professionnels et servant à revisiter les procédures pour un autre, **à l'unanimité**, ces derniers **ne trouvent pas qu'il améliore leurs pratiques**.

Les professionnels le jugent trop descriptif, pas suffisamment détaillé, davantage rédigé en direction des extérieurs (tutelles par exemple), pour pouvoir être considéré comme un outil d'amélioration des pratiques professionnelles.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Quatre professionnels ne se sentent pas impliqués et seul l'un d'entre eux évoque des fiches actions. Sur ces quatre professionnels, le premier travaille actuellement sur l'élaboration du nouveau projet et ne peut donc dire si le travail par objectifs permettra une amélioration de ses pratiques ; le second professionnel pense que l'aspect concret du

projet pourrait permettre l'amélioration des pratiques ; le troisième qu'une direction et une importance données aux soins amélioreraient les pratiques ; le dernier que cela complète plutôt qu'améliore les pratiques. La lecture de la partie soins avec le dernier professionnel permet de mettre en évidence à plusieurs reprises le terme de projet sans que l'on puisse répondre à la question de l'amélioration. **Les avis sont ici partagés.**

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

Les professionnels pensent que l'amélioration des pratiques serait possible s'ils étaient davantage participatifs. Nous relevons les termes et phrasés suivants : « participer », « l'avis des rééducateurs soit pris en compte », « tenir compte des remarques », « construire ensemble ». Pour deux des professionnels, le projet pourrait améliorer les pratiques en réglant et résolvant les dysfonctionnements. Pour le professionnel en lecture de la partie soins en cours d'entretien, le fait de connaître le projet permettrait « une réassurance », « cela pourrait amener plus de sens dans les pratiques ».

Écarts entre la théorie et la pratique

En écarts constatés, l'un des professionnels évoque **la vision différente entre les cadres et les professionnels de terrain**, « le professionnel ne se sent pas inclus de façon personnelle ». **L'écart entre le projet à l'instant « T » et la réalité du terrain** apparaît pour deux autres professionnels.

Cause des écarts

Les causes invoquées sont **l'aspect managérial** (divergence des orientations des cadres et des personnels, le manque d'organisation, de communication et d'information), **la méthodologie** (manque de réunions, l'organisation), **le manque de main-d'œuvre** (défaut d'implication des professionnels, de participants, d'un pilote cadre de santé), **le facteur temps, le manque d'outils de projection.**

2. Analyse par structure

Par ordre chronologique des entretiens, nous analyserons successivement l'IEM LADAPT de Cambrai, l'IEM Jacques Collache de Coudekrque-Branche, l'IEM Le Passage de Wasquehal, l'IEM Pierre Cazin de Anzin-Saint-Aubin et terminerons par l'IEM Trajectoires de Rang-du-Fliers.

L'intérêt de l'analyse qui suit est de relever les divergences ou similitudes d'avis en lien avec notre problématique et nos deux hypothèses entre la direction, les cadres et les professionnels de terrain pour pouvoir en retirer des pistes d'actions qui feront l'objet de notre dernière partie.

2.1 L'IEM LADAPT, Cambrai

Construction et gouvernance

Nous retiendrons les propos de **la direction** qui **déclare que** le projet d'établissement existe mais que **le projet de soins n'est pas écrit et structuré comme tel**. « C'est un projet d'accompagnement dans lequel se trouve la partie soins ». **Son objectif est de « Mettre des prestations en face des nouveaux besoins des usagers et adapter l'offre aux besoins en ayant pour objectif l'inclusion en milieu ordinaire. »**. Le projet d'établissement se base sur Serafin PH. A noter que **le projet s'est construit sans médecin, poste vacant** depuis avril 2016 (pas d'entretien avec le médecin nouvellement arrivé). **Un comité de pilotage du projet a été constitué** avec une méthodologie (diagnostic, reprise de l'évaluation externe, analyse des politiques publiques, etc.). **Le projet est « projectif » de par ses fiches actions** mettant en place **des prestations globales pluridisciplinaires face aux besoins**. **Le projet est en cours de finalisation au moment de l'entretien**.

Le cadre éducatif, pilote dans le COPIL, et **le cadre rééducatif** qui n'est pas pilote du COPIL, **appuient la présentation de la direction**.

Les avis des professionnels de terrain (kinésithérapeute et infirmière) divergent en ce sens que seule l'infirmière a participé au diagnostic en interne. Elle semble plus au fait du projet que le kinésithérapeute qui s'exprime en ces termes sur le projet : « Notion qui est étrangère, éloignée. ». **La remarque du kinésithérapeute sur la vision différente portée sur le projet par l'équipe de direction et celle du terrain est intéressante**. Elle mérite d'être accentuée.

Sens et pratiques professionnelles

Il ressort de **l'équipe de direction** que **le soin vient en appui du projet de vie dans sa globalité** et qu'il nécessite une adaptation des professionnels de terrain en ce sens. **La direction et les cadres relèvent tous trois des difficultés d'appropriation du projet**, il est même décrit comme **« perturbant » pour les professionnels**.

Les professionnels de terrain parlent de convergence des pratiques dans une même direction, d'uniformisation des pratiques, les protocoles aideraient dans les pratiques. Il est **difficile pour eux de déclarer que le sens placé sur les pratiques les améliorerait.**

Aspect projectif et pratiques professionnelles

La direction pense que cet aspect peut améliorer les pratiques en les enrichissant et en permettant une ouverture d'esprit.

Le cadre éducatif fait part de difficultés pour les professionnels à faire le lien entre le projectif et le terrain. Le rôle des cadres est pour lui important à ce niveau.

L'avis de l'infirmière et du kinésithérapeute convergent en ce sens car, pour eux, **l'amélioration des pratiques au travers de l'aspect projectif ne peut se faire que s'ils y participent et à la condition que cela prenne un sens concret sur le terrain.**

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

Pour **l'équipe cadre, le projet pourrait améliorer les pratiques** en donnant une direction mais **à la condition que les professionnels en comprennent à la fois le sens et la direction.**

Les professionnels de terrain expriment, quant à eux, cette possibilité **à la condition de pouvoir participer** (masseur-kinésithérapeute), de pouvoir s'adapter et **de ne pas rester « figé sur les pratiques »** pour l'infirmière.

Écarts entre la théorie, la pratique et leurs causes

L'équipe de direction relève des écarts **entre la stratégie politique et le terrain** avec des **difficultés d'appropriation** par les professionnels de terrain que ceux-ci confirment largement au cours de leur entretien.

Les causes des écarts relèvent pour tous du **manque d'information, de communication, de compréhension. La divergence de vision du projet entre personnels encadrants et professionnels de terrain nous apparaît flagrante.** Ces premières causes pourraient engendrer le manque d'implication et la frilosité des personnels de terrain parfois relevés. Le facteur temps nous apparaît plus secondaire même s'il est à prendre en compte.

Le préjudice sur les pratiques n'est pas relevé car une vigilance s'exerce.

2.2 L'IEM Jacques Collache, Coudekerque-Branche

Nous poursuivons avec l'IEM Jacques Collache de Coudekerque-Branche et l'entretien de son directeur, du médecin nouvellement arrivé, du cadre technique langage et du cadre technique masseur-kinésithérapeute dont nous n'exploiterons que les réponses en lien avec sa fonction et pratique de terrain.

Construction et gouvernance

Dans le projet d'établissement, **une partie sur les soins est écrite de manière descriptive** (personnels paramédicaux, salles de rééducation, analyse de la population et de ses besoins, prestations de soins, définition des métiers) et **quelques paragraphes sont d'ordre projectif** (projet thérapeutique, un écrit sur les perspectives). **Le projet est en cours jusqu'en 2019** et sera bientôt réinterrogé. **L'objectif** du projet pour la direction **est de permettre la délivrance des soins, leur sécurité, la sécurité des professionnels, de définir le plan de formation et de définir un cadre pour l'admission**. A noter que le médecin sera interrogé sur sa vision du futur projet à venir et que le masseur-kinésithérapeute émettra le souhait de parcourir la partie soins pour répondre aux questions. **L'équipe rééducative avait été associée** avec le précédent cadre de santé et médecin quant à la réflexion du projet actuel. Le médecin souhaiterait se pencher sur d'autres projets de soins, l'HAS-ANESM, l'HAS, l'évaluation externe, l'Education Nationale pour écrire le prochain projet.

Sens et pratiques professionnelles

A ce sujet, la direction s'en remet aux cadres. **Le médecin** pense que **le projet de soins permettrait** de sécuriser les soins, de positionner chacun dans son rôle et **d'optimiser les domaines d'actions**.

Le cadre technique décrit le projet comme **une référence qui pourrait améliorer les pratiques des cadres plus que celles des professionnels actuellement**, ceux-ci ayant été peu sensibilisés et informés dans le passé sur la notion de projet.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut répondre à la question, la partie soins devant être relue. Il apparaît ici qu'**une connaissance et une information sur la partie soins s'avèrerait nécessaire pour qu'un sens puisse être placé sur les pratiques et les améliorer**.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Le directeur s'appuie plus sur une partie descriptive pendant que le cadre technique évoque des projections, des objectifs mis en place à partir de l'environnement tout en déclarant que les équipes terrain n'ont pas été incluses dans cette réflexion.

Le masseur-kinésithérapeute, à la lecture de la partie soins, retrouve des éléments projectifs.

Le médecin et le cadre technique s'accordent pour déclarer qu'il serait important que le projet soit à l'avenir projectif, faute de quoi, le sens placé sur celui-ci ferait défaut. Ils avancent quelques conditions nécessaires telles que, l'adaptation des équipes, leur implication individuelle, pour que les futurs objectifs puissent concourir à une amélioration des pratiques.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

L'ensemble des personnes interrogées pensent que la partie ou projet soins pourrait à l'avenir être un outil d'amélioration des pratiques en posant un cadre sécurisé, **une cohérence globale au travers du soin**, en maintenant un niveau de formation.

Le cadre technique évoque le besoin en communication de la part de la direction, des cadres, des référents qualité, pour que cela puisse être le cas.

Le masseur-kinésithérapeute, après lecture de la partie soins, déclare que, **le fait de connaître le projet, permettrait de mettre du sens sur les pratiques et de les améliorer** en donnant une réassurance aux professionnels (tâches, rôles).

Écarts entre la théorie, la pratique et leurs causes

La direction note des **moyens techniques manquants**. **Le médecin ne peut actuellement les mesurer.**

Le cadre technique note également des problèmes en recrutement et la question de l'élaboration difficile du projet avec les professionnels. C'est le problème de **la main d'œuvre** mis en avant ici. Elle note également **un manque de méthodologie** pour faire participer les professionnels, ce qui ne permet pas l'appropriation du projet par ceux-ci. Est avancé aussi **le manque d'outils projectifs, le facteur temps.**

Le masseur-kinésithérapeute évoque, quant à elle, **le facteur temps**, l'implication des professionnels, l'information et la communication défailtantes. **L'aspect managérial** nous apparaît ici (communication, information, sollicitation des professionnels).

Le cadre technique pense que les écarts pourraient à la longue être préjudiciables aux pratiques en engendrant une divergence entre la théorie et le terrain.

2.3 L'IEM Le Passage, Wasquehal

Nous poursuivons avec l'analyse des questionnaires de l'IEM de Wasquehal (cadre de direction, médecin nouvellement arrivé et masseur-kinésithérapeute, pas de cadre de santé, l'infirmière n'a pas répondu à notre demande d'entretien).

Construction et gouvernance

Il n'existe pas un projet de soins spécifique mais l'offre de service soins est déclinée dans le projet d'établissement de manière descriptive et au travers de **fiches actions générales**. **Le projet d'établissement vient d'être réécrit**. Un **COPIL** en avait pris la charge avec **la participation des professionnels de terrain et l'appui de la qualité**. Le projet a été présenté par la direction à l'ensemble des équipes, le masseur-kinésithérapeute en a donc une connaissance générale.

Sens et pratiques professionnelles

Le médecin nouvellement arrivé ne peut répondre dans l'immédiat. Pour la direction, l'objectif est que **les professionnels s'appuient sur le projet, ce qui leur permettrait de questionner leurs pratiques**. A noter que la direction sent les professionnels paramédicaux insécurisés face au projet. **L'amélioration des pratiques serait possible en plaçant du sens sur les pratiques** en lien avec la coordination du parcours pour tous les intervenants et leur rôle en leur donnant un cadre de référence.

Pour le masseur-kinésithérapeute, le sens sur les pratiques est difficile à trouver car, pour lui, il s'agit plus d'un **projet descriptif à destination des extérieurs**.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Il existe des fiches actions sur lesquelles le personnel de terrain peut s'impliquer.

Le médecin relève que le changement pour les personnels peut être **source d'angoisse** et qu'aucun cadre paramédical n'est présent, c'est donc elle qui fera le lien.

La direction relève à la fois **une insécurité** pour les équipes **mais également un défi à relever** qui peut être stimulant et source de dynamisme. **L'aspect projectif en amenant une dynamique temporelle**, une culture de changement, une stimulation, **pourrait être à la fois porteur d'amélioration des pratiques mais également source d'angoisse.**

Pour **le masseur-kinésithérapeute**, l'aspect projectif ne semble pas évident à découvrir au sein du projet mais, **cet axe projectif qui inclurait les professionnels de santé, pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques.**

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

La direction espère que la partie soins sera un cadre de référence pour les professionnels. **Le médecin ne peut encore se prononcer.**

Le masseur-kinésithérapeute pense qu'il faudrait **davantage travailler avec les professionnels de terrain pour que l'axe des soins puisse améliorer leurs pratiques.**

Écarts entre la théorie, la pratique et leurs causes

Le médecin ne peut se prononcer. La direction et le masseur-kinésithérapeute s'accordent pour noter **une différence entre l'attendu théorique et le terrain** (freins ou dépassement des équipes pour la direction).

Les causes peuvent relever de **la communication, de la sollicitation et de l'implication des professionnels de terrain** à rechercher pour la direction et la kinésithérapeute.

La direction relève des difficultés de compréhension des équipes face aux problématiques complexes et face aux fiches actions. **Les angles de vue paraissent différents entre la direction et professionnels de terrain.**

La direction ne pense pas que les écarts pourraient être préjudiciables aux pratiques à long terme.

2.4 L'IEM Pierre Cazin, Anblin-Saint-Aubin

Nous nous baserons sur quatre entretiens, ceux du directeur, du médecin MPR, d'une infirmière et d'un masseur-kinésithérapeute, pas de cadre paramédical sur cette structure.

Construction et gouvernance

Le projet de soins est **en cours de réécriture**. **Le médecin en assure le pilotage avec les personnels paramédicaux** en prenant appui sur l'ancien projet, l'ARS, l'HAS, des documents bibliographiques, les caractéristiques de la population accueillie. Le projet a pour **objectifs d'améliorer la prise en charge en s'adaptant à l'évolution de la population**, le projet de soins constituant la pièce angulaire sur laquelle les autres projets s'appuieront. Les deux professionnels de terrain sont pour la première fois impliqués dans sa réflexion et écriture. Ils méconnaissent l'ancien projet décrit par tous comme descriptif.

Sens et pratiques professionnelles

Le projet de soins permet, **pour la direction et le médecin**, de conditionner l'admission des usagers et de réguler leur prise en charge pluridisciplinaire en respectant la mission de chacun. Le projet, **en donnant le cadre de leurs actions aux professionnels et en situant leurs missions et pratiques** au sein de l'établissement, **permettrait une amélioration de ces dernières**. Il est intéressant de noter que, **pour la direction et le médecin**, l'ambition future est **d'améliorer les pratiques au travers du sens mis sur celles-ci**.

Par opposition, et **pour l'ancien projet**, les deux professionnels de terrain ne pensent pas que, **sans objectifs définis**, celui-ci ait pu contribuer à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Aspect projectif et pratiques professionnelles

L'ancien projet était descriptif. Tant la direction que le médecin ont pour ambition de construire un projet avec des objectifs, quelques exemples de projets sont donnés par les deux professionnels. **L'aspect projectif permettrait de dynamiser et de motiver les pratiques, de les remettre en question, ce qui améliorerait la prise en charge des usagers par l'amélioration des pratiques professionnelles**.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

Le médecin déclare que les améliorations des pratiques ont pu être constatées sur le terrain à partir de projets travaillés (formation des professionnels, prise en charge affinée des professionnels).

Par opposition, **les deux professionnels de terrain, se basant sur l'ancien projet descriptif, ne perçoivent pas une amélioration de leurs pratiques** mais l'infirmière déclare que, **si le projet était projectif, cela pourrait contribuer à les améliorer** en se remettant à niveau, en réalisant des travaux de recherche, en mettant des échéances de réalisations et des évaluations de celles-ci.

Écarts entre la théorie, la pratique et leurs causes

Il est **difficile pour la direction de définir les écarts** de l'ancien projet car son évaluation n'a pas été réalisée.

Pour le médecin, il pourrait y avoir des **écarts entre la stratégie et la réalité du terrain** à cause d'un manque de réévaluation du projet, de l'absence de pertinence des moyens mis en place, d'une mauvaise évaluation des problématiques de départ, d'un manque d'outils, de temps de réalisation du projet. Ce sont à la fois **la méthodologie, le management et le manque d'outils ici mis en cause**.

Le masseur-kinésithérapeute relève également **l'écart possible entre le projet écrit à l'instant « T » et l'évolution sur le terrain** mais n'en trouve pas les causes. **L'infirmière** relève des **écarts par manque d'objectifs fixés, le manque de participation des professionnels** qui ne favoriserait pas leur implication et compréhension futures. Nous nous heurtons à nouveau au **manque de sens et de projection qui ne favoriserait pas l'amélioration des pratiques**.

Seul le médecin déclare que les écarts pourraient avoir un impact préjudiciable sur les pratiques et être un frein.

2.5 L'ITEM Trajectoires, Rang-du-Fliers

Sur cette structure, nous avons interrogé tous les professionnels à l'exception du cadre dont le poste est inexistant. A noter que deux masseurs-kinésithérapeutes ont souhaité répondre à la grille d'entretien ensemble.

Construction et gouvernance

Une partie soins apparaît dans le projet d'établissement qui vient d'être réécrit en janvier 2018 à partir des évaluations, de l'évolution de la population, des évènements indésirables et des questionnements de terrain. **Le médecin en a été le pilote** avec la neuropsychologue et l'orthophoniste pour la partie écriture. **L'équipe paramédicale a été sollicitée** pour sa réflexion durant les réunions cliniques. **L'objectif du projet soins est de décrire les spécificités des populations accueillies et de projeter leur intégration sociale et professionnelle tout en les autonomisant.** Le projet décrit le fonctionnement de l'accompagnement des soins de l'entrée à la sortie de la structure. Les deux professionnels de terrain ont lu le projet qui leur a été communiqué mais seule l'infirmière a participé à son élaboration.

Sens et pratiques professionnelles

Pour l'ensemble des professionnels, le projet soins donne un cadre de référence et fixe les limites des prises en charge.

Pour la direction et le médecin, le projet met du sens sur leurs pratiques car il les questionne et oblige à la réadaptation de celles-ci en direction des jeunes accueillis et de leurs spécificités. Le projet de soins **permet donc une amélioration des pratiques en plaçant du sens sur ces dernières.** La direction mentionne que cela est davantage véridique en phase d'élaboration du projet et qu'il est ensuite plus difficile de faire vivre le projet durant cinq ans.

L'infirmière pense que le projet améliore les pratiques en permettant une prise en charge globale du jeune tandis que **les masseurs-kinésithérapeutes le trouvent trop peu détaillé pour se faire.**

Aspect projectif et pratiques professionnelles

Des objectifs sont inscrits dans le projet et permettent le dynamisme des équipes, cependant, des fiches actions manquent. **Pour la direction et le médecin, le projet n'est pas suffisamment projectif. S'il l'était davantage, il permettrait de fixer des repères par objectifs, de mesurer, d'évaluer les pratiques, de les adapter à l'évolution du public donc de les faire évoluer et ainsi les améliorer.** Cette observation rejoint le ressenti des professionnels de terrain.

Projet de soins, outil d'amélioration des pratiques ?

Si, pour la direction et le médecin, le projet de soins peut être un outil d'amélioration des pratiques, en premier lieu pour elles-mêmes et en second lieu pour les équipes en fixant un cadre de référence et en encourageant les professionnels à avoir une vision plus large du public accueilli, le projet manque néanmoins d'actions projectives. Les professionnels de terrain trouvent que le projet complète plutôt leurs pratiques qu'il ne les améliore.

Ecarts entre la théorie, la pratique et leurs causes

L'écart majeur relevé par la direction se situe entre le projet écrit et la réalité du terrain. Tant le médecin que la direction pense que le fait d'inscrire des actions dans le temps, donc d'inscrire une temporalité au travers de fiches actions planifiées par exemple, permettrait de réduire cet écart.

L'infirmière ne peut davantage répondre à cette question. Les masseurs-kinésithérapeutes regrettent le manque de pistes de travail dans le projet soins.

Les causes des écarts sont relevées par la direction et le médecin, à savoir un manque de méthodologie et de management du projet (comité de suivi, sollicitation des professionnels, formation en méthodologie), un manque d'outils (plan d'actions), un défaut de temps pour faire vivre le projet.

Si, pour la direction, ces écarts ne sont pas préjudiciables aux pratiques car il existe d'autres outils, pour le médecin, ces écarts pourraient engendrer « un doute sur l'efficacité des prises en charge ».

Nous arrivons au terme de notre analyse par acteurs et par structure et nous dirigeons maintenant vers une analyse globale de nos entretiens.

3. Analyse globale

De l'analyse par corps de métier et de l'analyse par structure et à partir des verbatim de chaque partie, il ressort les points principaux que nous présentons ci-après.

Il s'avère que le projet de soins est en fait, selon les structures, une partie descriptive des soins et prestations étayée d'objectifs et parfois de fiches actions. Cette partie, placée le

plus souvent sous la responsabilité médicale ou sous celle d'un COPIL, a pour objectif principal d'adapter les prestations aux besoins de la population accueillie. Si la partie soins est un cadre de référence évident pour la direction, le médecin et les cadres, il est à relever que les professionnels de terrain s'y réfèrent peu ou pas du tout et que les uns et les autres n'en ont pas la même vision.

Le projet est globalement décrit comme un guide, une référence, qui fixe les limites des interventions et les sécurise. Pour les directions et les médecins, il mettrait du sens sur les pratiques professionnelles et pourrait donc les améliorer bien qu'il soit décrit comme pouvant être déstabilisant. Les cadres relèvent des difficultés d'appropriation du projet par les équipes. L'amélioration des pratiques professionnelles, à partir du sens placé sur ces dernières, ne leur apparaît pas comme une évidence. Les professionnels de terrain confirment les dires des cadres. Les avis divergent donc suivant les niveaux hiérarchiques des professionnels et leurs missions. Se heurteraient ici, la stratégie et la politique de la direction, la déclinaison stratégique et son management sur le terrain par les cadres, le vécu des professionnels de terrain, chaque partie gardant sa vision et la volonté de bien agir.

Nous poursuivons notre propos sur l'aspect projectif et aboutissons aux mêmes conclusions que celles du point précédent. Les directions et les médecins déclarent que l'aspect projectif pourrait améliorer les pratiques bien que les projets ne soient pas tous suffisamment développés en ce sens et que leur projection peut être source d'angoisse. Les cadres observent des difficultés pour les équipes de travailler sur des projections non concrètes et insistent sur leur rôle pour les lever. Les avis sont un peu plus partagés entre les professionnels de terrain. Le corps infirmier pencherait davantage pour une possible amélioration des pratiques contrairement aux masseurs-kinésithérapeutes, l'aspect projectif n'étant pas assez détaillé et en lien avec le terrain, les professionnels pas suffisamment impliqués. Nous analysons, à ce sujet également, une divergence de vision sur l'aspect projectif, suivant l'angle de vue des professionnels.

De manière plus générale, quant à la question posée sur « le projet de soins en tant qu'outil d'amélioration des pratiques professionnelles », les directions et les médecins s'accordent en majorité pour le décrire, le construire et l'espérer comme tel. A contrario, les cadres ne pensent pas que cela puisse être le cas. Ils relèvent à nouveau des difficultés d'appropriation du projet par les professionnels et sont conscients de l'importance de leur rôle pour les y aider. Les professionnels de terrain insistent sur leur

implication participative pour que cela puisse être le cas et n'écartent donc pas cette possibilité.

Un écart est relevé par tous entre la théorie du projet soins ou partie soins et la réalité du terrain. Il est relevé ici des manques en moyens humains, une stratégie parfois jugée trop lourde, un projet insuffisant, les difficultés des professionnels de terrain à s'approprier une vision stratégique générale, un défaut de projection et de temporalité.

Les causes des écarts relèvent :

- De la méthodologie (comité de suivi, participation des professionnels, manque d'utilisation d'outils, de réunions, absence de réévaluation, mauvaise évaluation des problématiques de départ, etc.) ;
- Du management (manque d'information, de communication, d'explications, d'organisation, de points en réunions de service, de formation pour accompagner la démarche de projet, d'incitation à participer, de l'observation de divergences de vision) ;
- De la main d'œuvre (recrutement difficile, manque d'un cadre paramédical, manque de participants, d'implication, peur et frilosité) ;
- Du matériel (manque d'outils de type projectifs telles que des fiches actions, des plans d'actions, manque de documents sur lesquels se baser, etc.) ;
- Du financier (manque de temps, moyens constants).

Pour les directions, les écarts ne seraient pas préjudiciables aux pratiques car d'autres supports existent. Pour les médecins et cadres, les écarts peuvent potentiellement l'être.

Nous allons maintenant poursuivre par la mise en perspective de notre travail de recherche en les mettant en lien avec les applications sur le terrain.

Partie 3 : Mise en perspective du travail de recherche et applications terrain

Nous nous attacherons, dans un premier temps, à réfléchir sur les conclusions de la théorie exposée et sur celles émergentes de nos entretiens. Dans un second temps, nous nous efforcerons de préconiser des actions et dans un troisième temps, de proposer un plan d'action.

I. Réflexions sur la théorie et la pratique

L'analyse de la réglementation nous a permis de mettre en lumière l'importance de l'aspect projectif du projet de soins. Cet aspect permet de placer du sens sur les pratiques professionnelles et participe à leur évolution. Le sens et l'aspect projection, étant intimement liées et indissociables, concourent à l'amélioration des pratiques. Il est important de rappeler que le soin s'élargit au « prendre soin de » et impacte donc les pratiques de tous les professionnels en sus des professionnels médicaux et paramédicaux.

La théorie du concept de projet et de management permet de prendre conscience de l'importance de l'aspect projectif d'un projet. Cela permettra aux professionnels de fonder leur propre espace-temps au sein même du projet et d'en devenir pleinement acteurs volontaires, dynamiques et force d'initiatives, leur permettant ainsi de s'inscrire dans la stratégie générale de leur structure en y incluant leur environnement. Les pratiques professionnelles interrogées dans le passé, présent et futur, à chaque stade du projet, prendraient alors sens et dynamisme et les amélioreraient.

D'un point de vue pratique, il émerge, au travers des entretiens, que le projet de soins institutionnel se présente sous la forme d'une partie descriptive des soins et prestations au sein du projet d'établissement ou au travers de fiches actions générales sur lesquelles le volet soins se décline.

Si la partie soins est un cadre de référence pour la direction, le médecin et le cadre, elle l'est davantage moins ou pas du tout pour les professionnels de terrain, les uns et les autres n'en ont du reste pas la même vision. Au travers des entretiens et à chaque strate hiérarchique, des difficultés d'appropriation de la partie soins par les professionnels de terrain et de sa déclinaison sur le terrain ont été relevées.

Si la partie théorique permet d'affirmer nos hypothèses et de répondre à notre problématique, la partie pratique n'y répond qu'en partie avec des divergences d'opinion, de vision et de vécu.

Il a été intéressant, lors des entretiens, d'identifier avec chaque professionnel, les écarts et leurs causes possibles. Cette réflexion a été riche d'échanges et d'ouverture d'esprit avec chacun d'entre eux.

Cette identification va maintenant nous permettre, dans notre seconde partie, de préconiser des actions.

II. Préconisations d'action

Dans cette partie, nous aurons à cœur de mettre en lien l'apport théorique et pratique pour préconiser les actions qui suivent.

Si, dans un contexte sanitaire, la pièce angulaire est le projet médical, il n'en est pas de même dans le contexte médico-social, en particulier dans les IEM. Au sein d'un IEM, le projet de soins s'articule avec le projet pédagogique et éducatif au sein d'un environnement évolutif (pour exemple, le changement de places d'IEM en places de SESSD, Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile) avec une population évolutive (les troubles associés nécessitant des prises en charge éducatives et pédagogiques plus importantes). Le projet de vie de la personne accueillie en secteur médico-social occupe le devant de la scène et le projet de soins vient y concourir. Fort de ce premier constat, attesté et vérifié dans certains de nos entretiens et dans certaines structures, il nous apparaît important de nous baser sur le contexte réglementaire qui, dès 1991, encourage fortement la participation des professionnels, tous champs confondus, à l'élaboration du projet de soins. Même si le projet de soins n'apparaît pas comme tel au sein du projet d'établissement, il est important de lui réserver une place clairement identifiée et de travailler celle-ci avec les personnels concernés. Dans le cas de projet d'établissement travaillé sous fiches actions générales, il nous apparaît néanmoins important d'identifier certaines d'entre elles en tant que fiches actions soins.

La première préconisation concerne donc la participation des professionnels à l'élaboration d'une partie des soins ce qui leur permettra d'établir un bilan passé de leurs

pratiques, une réflexivité sur leurs pratiques présentes et de pouvoir construire leurs pratiques futures, faute de quoi celles-ci ne prendraient pas sens et ne seraient pas projectives, leur amélioration pourrait être alors remise en cause. Le cadre posé par les recommandations de l'HAS-ANESM, notamment en matière d'évaluation interne, et les entretiens des professionnels de terrain, nous conforte en ce sens.

Notre seconde préconisation concerne le pilote du projet de soins. La préconisation s'appuie sur le contexte réglementaire sanitaire qui définit clairement le rôle de pilote (directeur des soins par exemple). Il nous apparaît important d'attribuer ce rôle au sein des IEM même si certains postes sont vacants ou inexistants comme celui de chef de service paramédical. Le rôle revient donc au médecin et, en cas de vacation de poste, à un cadre technique paramédical ou paramédical habilité, formé, porteur du projet. Il est important pour les équipes de terrain que le projet soit porté avec une vision managériale médicale ou paramédicale, certains entretiens nous le confirment d'ailleurs en ce sens.

Nous effectuons maintenant notre troisième préconisation à partir du contenu attendu du projet de soins ou partie soins. Les objectifs médicaux, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les objectifs en matière de recherche, d'innovation, de développement professionnel continu, viennent appuyer les projets de soins infirmiers, de rééducation et posent un cadre lisible par et pour tous les protagonistes. Ces contenus sont exposés davantage au travers des lois du secteur sanitaire, parfois au travers de recommandations internes aux associations en matière de projet de soins. Il nous apparaît important d'appuyer le projet de soins du secteur médico-social sur celui du sanitaire (pour exemple le projet PROPIAS, PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associés aux Soins, qui est dorénavant à déployer au sein des IEM). Le projet de soins peut largement s'appuyer sur la recommandation HAS qui concerne les soins de la personne en situation de handicap⁵⁹. Cet appui et ce cadrage nous semblent pouvoir assurer du sens sur les pratiques des professionnels et ainsi donc pouvoir contribuer à une amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Notre quatrième préconisation concerne la méthodologie à adopter, en particulier les supports de travail à partir desquels s'élabore le projet de soins. Pour en citer quelques-uns : l'ancien projet, les besoins de la population accueillie, l'environnement (menaces et opportunités), l'analyse de l'établissement (forces et faiblesses), les évaluations internes et externes, les recommandations HAS-ANESM de bonnes pratiques professionnelles,

⁵⁹ Has-sante.fr. (2013). L'accompagnement à la santé de la personne handicapée. [En ligne].

l'HAS, les fiches d'évènements indésirables, le plan de formation, les entretiens professionnels et individuels, etc. L'ensemble de ces éléments pris en considération feront écho aux professionnels en les sollicitant personnellement (entretiens individuels, professionnels, évènements indésirables, etc.) et leur permettront d'interroger, de revisiter, de construire le projet avec sens et ainsi de placer du sens sur leurs pratiques dans le but de les améliorer.

Notre cinquième préconisation concerne l'aspect projectif. Tant l'aspect théorique, au travers de la pensée de Jean-Pierre Boutinet⁶⁰, que les entretiens, confortent l'importance du projectif dans le cadre du projet de soins. Les projets qui se présentent davantage sous forme descriptive ne permettent pas de créer une dynamique et d'inclure les acteurs dans un espace-temps. Il est donc important, pour se réaliser, d'utiliser des outils tels que les plans d'actions avec des fiches actions qui vont permettre de situer le travail dans le temps avec des échéances, de nommer un pilote, de répartir le travail, de l'évaluer, de le corriger et lui permettre ainsi d'aboutir. Les professionnels s'inscriront dans l'espace-temps du projet et pourront ainsi devenir pleinement acteurs de leurs pratiques professionnelles qui prendront sens dans un collectif réfléchi, anticipé, évalué et ainsi permettront l'amélioration constante de leurs pratiques.

Ces principales préconisations vont toutes dépendre du management du projet de soins à toutes ses étapes. Nous allons axer notre propos sur ce point dans le programme d'action qui suit.

III. Programme d'action

Pour rappel de notre théorie, le projet de soins s'inscrit dans un environnement en constante évolution, en direction d'une population elle-même évolutive, ce qui demande une adaptation constante et un accompagnement au changement. Les objectifs en matière de qualité, de sécurité des soins, d'innovation et de recherche s'inscrivent le plus souvent dans des plans et recommandations nationaux requérant une connaissance élargie des différents acteurs quel que soit leur profession et degré d'intervention. Il devient nécessaire pour chaque acteur de comprendre le sens et d'adopter un aspect projectif non seulement sur ses propres pratiques mais aussi sur l'ensemble de la

⁶⁰ Boutinet, J. (2014). Psychologie des conduites à projet. Paris : Presses universitaires de France. 127p.

structure et sur l'entièreté du service rendu à la population accueillie pour mieux être à même d'améliorer ses pratiques propres. Nous rejoignons l'idée que l'espace-temps du professionnel est étroitement lié à celui de la structure et de ses enjeux.

Au travers des entretiens et du regard des différentes personnes interrogées, nous avons constaté que, selon les niveaux d'intervention des professionnels (direction, médecins, cadres, professionnels de terrain) dans le cadre du projet de soins, leur vision différait, pouvant aller jusqu'à occasionner un cloisonnement des pratiques. Or, pour pouvoir améliorer les pratiques, il faut placer du sens et un aspect projectif sur celles-ci et, pour se faire, adopter une vision commune des missions générales et des orientations de la structure. Dans les entretiens effectués, les écarts relevés et leurs causes touchent particulièrement le management mais également l'organisation, les outils, les professionnels, le facteur financier au travers du temps.

Nous établissons le lien entre ces deux précédents constats et réflexions et les cours suivis en management cette année, particulièrement avec l'approche managériale issue de la pensée de Kaplan et Norton qui nous paraît particulièrement intéressante et que nous allons exposer ci-après.

L'approche de Kaplan et Norton, en plaçant la mission, la vision et la stratégie de la structure au cœur des quatre axes indissociables suivants : financier, client (usager), processus internes, apprentissage et développement, permettrait à la stratégie d'être lisible et accessible par tous les acteurs et ce, à toutes les étapes du projet de soins.

Lors de l'étape de construction ou de réévaluation du projet de soins, il apparaît ainsi nécessaire de définir :

- La vision de la structure dans l'avenir, comment se voit-elle dans les années à venir face à l'évolution de son environnement, de sa population ;
- La mission, c'est-à-dire la raison d'être de la structure face aux évolutions précitées ;
- Les valeurs, la culture de l'entreprise ;
- L'analyse de l'environnement (forces, faiblesses, menaces et opportunités) ;
- Les objectifs stratégiques à mettre en place sur les cinq années de vie du projet, objectifs basés sur les quatre axes et en adéquation avec la vision et la mission générale, à décliner en plans d'actions, à mesurer à l'aide d'indicateurs.

Cette phase particulièrement importante permettra aux professionnels d'être informés, d'être partie prenante, coacteurs du projet dès son origine. Cette phase permettait de réduire considérablement l'impression des professionnels, à savoir ne pas adopter la même vision que la direction, les médecins et cadres, et faciliterait le travail des cadres intermédiaires. Au travers de cette étape, qui s'appuierait sur l'approche de Kaplan et Norton, pourraient être traitées les causes des écarts vus précédemment.

Une fois les objectifs déclinés dans les plans actions, il serait important qu'ils soient portés par les niveaux hiérarchiques intermédiaires en y impliquant les professionnels durant les cinq années du projet. Les objectifs mériteraient ainsi d'être déclinés dans un plan de progrès individuel pour chaque professionnel lors des entretiens individuels. Ils enrichiraient et nourriraient la réflexion lors de l'entretien professionnel. Ces étapes importantes, basées sur des dimensions managériales collectives du projet de soins institutionnel, permettraient d'évaluer le projet de soins en cours et de le décliner de manière individualisée pour chaque professionnel. Les pratiques des professionnels, ainsi évaluées au travers de l'aspect projectif et du sens placé sur le projet de soins et déclinées de manière individuelle et personnalisée, en seraient améliorées.

CONCLUSION

Ce mémoire n'a pas la prétention de répondre de manière définitive à la problématique posée en introduction, ni de valider complètement nos hypothèses.

Au travers des recherches bibliographiques réglementaires et de la réflexion menée sur les notions de projet et de soins, tout en prenant la précaution et l'humilité d'assumer nos choix en la matière, nous pouvons affirmer, qu'en plaçant du sens et un aspect projectif sur les pratiques, celles-ci s'en trouveront améliorées. En effet, le contexte réglementaire évolutif depuis 1975 a enrichi le monde sanitaire et médico-social avec les notions de « projection », « de développement de la qualité », « d'évaluation des soins et de leur sécurisation », « de formation », « de recherche », notions indissociables des pratiques professionnelles de terrain et présentes au cœur même du projet de soins, laissant supposer que ce dernier peut concourir, par son essence même, à leurs améliorations. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS, les attendus du projet de soins, placés au regard des pensées de Jean-Pierre Boutinet et de Walter Hesbeen, permettent à l'ensemble des professionnels de mêler leur propre espace-temps à celui du projet et d'en être complètement acteurs, favorisant ainsi l'amélioration de leurs pratiques.

Au regard de nos entretiens, il est plus difficile d'être aussi affirmatif. En effet, nous avons dû nous adapter aux établissements et prendre la liberté de considérer la partie soins du projet institutionnel comme « projet de soins » et, pour certains d'entre eux, nous avons été amenés à aborder le projet de soins au travers de prestations plus générales. Par cette approche adaptative de nos entretiens, et dans un esprit d'ouverture et de respect du choix des établissements dans leur façon d'aborder la partie des soins, nous ne pouvons valider notre problématique que partiellement, conscients des limites de nos entretiens. Nous sommes néanmoins arrivés, grâce à l'adaptabilité des entretiens et la capacité des personnes interrogées, à entrer en réflexion et en réflexivité, à ne pas nous interdire d'avancer que le sens et l'aspect projectif du projet de soins pourraient concourir à une amélioration des pratiques professionnelles sur le terrain. Pour pouvoir prétendre à une approche plus objective et plus fiable, il eut fallu interroger « l'établissement modèle » prenant en compte la législation et l'ensemble des recommandations quant à l'élaboration, suivi et évaluation du projet de soins institutionnel.

Les entretiens nous ont permis de mettre en lumière des écarts entre l'aspect théorique et pratique du projet de soins et d'en définir les causes, en particulier la vision différente

qu'adopte l'équipe de Direction et l'équipe de terrain au regard de la stratégie du projet de soins institutionnel, ce qui nous a, en finalité, permis d'avancer une perspective d'actions sur le terrain de par l'approche de Kaplan et Norton qui, nous tenons à le souligner, est une approche managériale non exhaustive, demeurant à être vérifiée en pratique.

Ce mémoire, avec les limites précitées, nous ouvre sur d'autres questionnements et futures investigations. Il pourrait être pertinent de mener un travail de recherche visant à analyser l'amélioration des pratiques professionnelles sur un projet de soins ne comportant pas ou peu d'aspects projectifs et, pour lequel un travail sur le sens des pratiques n'aurait pas été mené, et ainsi être en mesure d'évaluer à distance les pratiques après avoir mis en place une méthodologie et un management comme préconisée en dernière partie de ce mémoire. Ce travail de recherche pourrait s'effectuer au travers d'une thèse.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Blanchet, A. and Gotman, A. (2015). *L'entretien*. 2^{ème} édition. Armand Colin. 128p.

Boutinet, J. (2015). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses universitaires de France. 441p.

Boutinet, J. (2014). *Psychologie des conduites à projet*. Paris : Presses universitaires de France. 127p.

Crozier, M. and Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le système*. [S. l.]: Éditions du Seuil. 500p.

Durand, D. (2013). *La systémique*. 12^{ème} édition. Paris : Presses universitaires de France. 127p.

Garel, G. (2011). *Le management de projet*. Paris: La Découverte. 128p.

Genelot, D. (2017). *Manager dans (et avec) la complexité*. Eyrolles. 405p.

Hesbeen, W et al. (2012). *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*. Editions Seli Arslan. 176p.

Loubat, J. (2012). *Élaborer un projet d'établissement ou de service*. Paris : Dunod. 416p.

Loubat, J. (2014). *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod. 421p.

Molinier, P., Laugier, S. and Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care?*. Paris: Payot. 302p.

Weber, H. (2014). *Le manager responsable*. Paris : Les points sur les i. 256p.

Articles scientifiques

Andraud, J. (2008). *Le soin*. Empan, volume 69. p161-162.

Favetta, V. and Feuillebois-Martinez, B. (2011). « *Prendre soin et formation infirmière* ». Recherche en soins infirmiers, volume 107. p60-75.

Guyot, P. (2005). *Méthodologie d'élaboration et de rédaction des projets d'établissement et de service*. Centre Régional d'Etudes et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations, 19 p. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.creaibfc.org/uploads/bulletins/archives/2005/guideprojetpg.pdf> [Consulté le 15 janvier 2018].

Hesbeen, W. (2018). *Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service*. Perspective soignante, volume 30. p39-51.

Inthavong, K. (2007). *Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle*. Recherche en soins infirmiers, volume 91. p29-60.

Lehmann, J. (2005). *Ce que « prendre soin » peut signifier*. Le Coq-héron, volume 180. p50-54.

Svandra, P. (2008). *Un regard sur le soin*. Recherche en soins infirmiers, volume 95. p6-13.

Verdier, P. (2003). *Les décrets d'application de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Journal du droit des jeunes, volume 226. p23-34.

Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B. and Durieux, P. (2014). *Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des études d'interventions*. Santé Publique, 26(4), p519-529.

Réglementation

Codes

Code de l'action sociale et des familles (2018). [Consulté le 8 juillet 2018].

Code de la santé publique (2018). [Consulté le 8 juillet 2018].

Lois

Legifrance.gouv.fr. (1970). *Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

[Consulté le 4 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (1975). *Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

[Consulté le 4 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (1991). *Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

[Consulté le 4 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (2002). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

[Consulté le 24 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (2005). *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* | Legifrance.

[En ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

[Consulté le 24 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (2009). *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* | Legifrance. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> [Consulté le 10 décembre 2017].

Ordonnance

Legifrance.gouv.fr. (2005). *Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=cid> [Consulté le 8 mars 2018].

Décrets

Legifrance.gouv.fr. (1989). *Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006067344> [Consulté le 4 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (2002). *Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&dateTexte=vig> [Consulté le 11 janvier 2018].

Legifrance.gouv.fr. (2005). *Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles* | Legifrance. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646&dateTexte> [Consulté le 14 novembre 2017].

Legifrance.gouv.fr. (2009). *Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021573177&categorieLien=id> [Consulté le 14 avril 2018].

Legifrance.gouv.fr. (2010). *Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé* | Legifrance. [En ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022153973&categorieLien=id> [Consulté le 14 avril 2018].

Guides – Recommandations – Référentiels

Has-sante.fr. (2012). *Amélioration des pratiques et sécurité des soins*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf [Consulté le 12 février 2018].

Has-sante.fr. (2010). *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf [Consulté le 3 janvier 2018].

Has-sante.fr. (2007). *Guide méthodologique - Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_de_qualite_pour_levaulation_et_lamelioration_de.pdf [Consulté le 20 janvier 2018].

Has-sante.fr. (2009). *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201803/reco_conduite_evaluation_interne_anesm_2018-03-16_11-43-30_905.pdf [Consulté le 14 avril 2018].

Has-sante.fr. (2013). *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-accompagnement_sante-juillet_2013.pdf [Consulté le 3 janvier 2018].

Has-sante.fr. (2005). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf [Consulté le 3 mars 2018].

Iledefrance.paps.sante.fr. (2013). *Projet de soins - Amélioration des pratiques professionnelles paramédicales*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Qualite_des_pratiques_pro/APPP/Projet_de_soins.pdf [Consulté le 15 janvier 2018].

Reseau.apf.asso.fr. (2011). *Projets de soins médico-sociaux (personnalisés, institutionnels) : Repères méthodologiques & recommandations*. [En ligne].

Disponible sur :

<https://reseau.apf.asso.fr> avec identifiant de connexion [Consulté le 15 juin 2018].

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| SOMMAIRE | 3 |
| GLOSSAIRE..... | 4 |
| INTRODUCTION | 6 |
| Première partie : Le contexte réglementaire et historique. Les concepts de projet et de soins. | 9 |
| I. Le contexte réglementaire et historique..... | 9 |
| 1. Rappel du contexte avant 1991 | 9 |
| 2. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière | 10 |
| 3. La loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale | 12 |
| 4. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002..... | 13 |
| 5. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » ou HPST promulguée le 21 juillet 2009 | 13 |
| 6. La Haute Autorité de Santé (HAS) et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles | 16 |
| 7. Le projet de soins actuel, quel contenu, quelles obligations ?..... | 18 |
| II. Le concept de projet et de management..... | 20 |
| 1. La naissance de la méthodologie de projet au Quattrocento..... | 20 |
| 2. Le projet au siècle des lumières | 21 |
| 3. L'époque philosophique | 21 |
| 4. « Psychologie des conduites à projet » | 22 |
| 4.1 La logique des projets organisationnels..... | 22 |
| 4.2 L'espace-temps, le projet et les acteurs | 23 |
| 5. Concept de management de l'élaboration du projet | 24 |
| III. Le concept des soins..... | 26 |
| 1. Pensée de Walter Hesbeen..... | 26 |
| 2. Recommandation de l'HAS concernant « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » | 27 |
| 3. Le guide de l'APF France Handicap..... | 27 |
| Conclusion..... | 29 |
| Partie 2 : Méthodologie et résultats..... | 31 |
| I. Objectifs des entretiens | 31 |
| II. Champ de l'enquête : objet et cible de la mesure | 31 |
| 1. Objet de la mesure | 31 |
| 2. Cible de la mesure..... | 32 |

| | | |
|------|--|----|
| III. | Méthodologie | 33 |
| 1. | Technique de recueil | 33 |
| 2. | Taille de l'échantillon et critères d'inclusion et d'exclusion | 33 |
| 3. | Professionnels | 34 |
| 4. | Délai de réalisation | 35 |
| IV. | Conception des grilles d'entretien et test | 35 |
| 1. | Conception | 35 |
| 2. | Test des grilles d'entretien | 36 |
| 3. | Limites des entretiens semi-directifs | 36 |
| V. | Phase de réalisation des entretiens et analyse | 37 |
| 1. | Analyse des entretiens par catégorie professionnelle | 37 |
| 1.1 | Analyse des entretiens des directeurs | 37 |
| 1.2 | Analyse des entretiens des médecins MPR | 41 |
| 1.3 | Analyse des entretiens des cadres | 43 |
| 1.4 | Analyse des entretiens des infirmières | 46 |
| 1.5 | Analyse des entretiens des Masseurs-Kinésithérapeutes | 48 |
| 2. | Analyse par structure | 49 |
| 2.1 | L'IEM LADAPT, Cambrai | 50 |
| 2.2 | L'IEM Jacques Collache, Coudekerque-Branche | 52 |
| 2.3 | L'IEM Le Passage, Wasquehal | 54 |
| 2.4 | L'IEM Pierre Cazin, Anblin-Saint-Aubin | 56 |
| 2.5 | L'IEM Trajectoires, Rang-du-Fliers | 57 |
| 3. | Analyse globale | 59 |
| | Partie 3 : Mise en perspective du travail de recherche et applications terrain | 62 |
| I. | Réflexions sur la théorie et la pratique | 62 |
| II. | Préconisations d'action | 63 |
| III. | Programme d'action | 65 |
| | CONCLUSION | 68 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 70 |
| | TABLE DES MATIERES | 77 |
| | TABLE DES ANNEXES | 79 |

TABLE DES ANNEXES

| | |
|--|------------|
| Annexe I - Courrier adressé aux directions des IEM interrogés | 81 |
| Annexe II – Grille d’entretien en direction des cadres : directeur, médecin et chef de service | 83 |
| Annexe III – Grille d’entretien en direction des professionnels : infirmières et masseurs-kinésithérapeutes | 85 |
| Annexe IV – Recensement des instituts d’éducation motrice des IEM des Hauts de France | 87 |
| Annexe V – Recensement des instituts d’éducation motrice des IEM interrogés | 89 |
| Annexe VI – Grilles d’entretien test IEM APF France Handicap Fougères, Douai : adjoint de direction, infirmière et masseur-kinésithérapeute | 90 |
| Annexe VII – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : directrice - adjointe du secteur médico-social enfants de Cambrai (IEM et SSES) | 97 |
| Annexe VIII – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : cadre éducatif sur la partie IEM et sur la partie sanitaire | 101 |
| Annexe IX – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : cadre paramédical (encadrement ergothérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens) | 105 |
| Annexe X – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : infirmière | 109 |
| Annexe XI – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : masseur-kinésithérapeute | 111 |
| Annexe XII – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque-Branche : directeur | 113 |
| Annexe XIII – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque-Branche : médecin MPR | 117 |
| Annexe XIV – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque-Branche : cadre technique langage | 120 |
| Annexe XV – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque-Branche : masseur-kinésithérapeute | 124 |
| Annexe XVI – Grille d’entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : cadre de direction | 127 |
| Annexe XVII – Grille d’entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : médecin MPR | 131 |
| Annexe XVIII – Grille d’entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : masseur-kinésithérapeute | 134 |
| Annexe XIX – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : directeur . | 136 |
| Annexe XX – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : médecin MPR | 139 |
| Annexe XXI – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : infirmière | 143 |
| Annexe XXII – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : masseur-kinésithérapeute | 145 |
| Annexe XXIII – Grille d’entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : directrice | 148 |
| Annexe XXIV – Grille d’entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : médecin MPR | 152 |

Annexe XXV – Grille d’entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : infirmière **156**

Annexe XXVI – Grille d’entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : masseurs-kinésithérapeutes **158**

Annexe I - Courrier adressé aux directions des IEM interrogés

Madame Marie-Bernadette CAYET
Chef de service paramédical Pôle APF IEM Artois

Etudiante en Master II Management sectoriel ILIS Lille II

524 BD Jean Moulin

62400 Béthune

Tél : 06 80 68 30 28

E-mail : marieb.cayet@gmail.com

IEM...

Madame, Monsieur

Adresse...

Liévin, le 27 février 2018

Objet : demande d'autorisation pour effectuer des entretiens semi-directifs dans le cadre d'un mémoire en Master II Management sectoriel des établissements médico-sociaux.

Madame, Monsieur,

J'occupe le poste de chef de service paramédical sur deux Instituts d'Education Motrice (IEM de Liévin et Béthune) dépendant de l'Association des Paralysés de France (APF) et constituant le Pôle APF IEM Artois dirigé par Monsieur Marc Witczak.

Je suis actuellement en formation en Master II en management sectoriel au sein de la Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) de l'Université de Lille. Dans le cadre de ma formation, je rédige un mémoire sur : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ».

Je souhaite, par le biais d'entretiens semi-directifs, répondre à la problématique suivante : « Le projet de soins institutionnel est-t-il un outil d'amélioration des pratiques ? » Et vérifier des hypothèses émergentes de mon travail de recherche.

C'est à ce titre que je me permets de vous contacter pour vous demander l'autorisation d'effectuer des entretiens au sein de votre IEM, celui-ci répondant aux critères retenus dans ma méthodologie (IEM situés dans les Hauts de France et hors APF).

Pour se faire, je souhaiterais m'entretenir avec le Directeur, l'un des médecins, le chef de service paramédical, une infirmière et un masseur-kinésithérapeute de l'IEM. Les entretiens dureront 45 mn chacun.

Je vous précise, ci-après, le cadre des entretiens et leurs conditions de diffusion.

Cadre de l'entretien. Mémoire en Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II dont le sujet est le suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». En tant qu'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, je m'efforcerai d'installer une relation de confiance. Je me placerai en position d'écoute éthique et laisserai

donc à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en m'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, je m'engage à faire un retour écrit de l'entretien aux professionnels interviewés, s'ils le souhaitent, pour validation et accord de leur part. En cas de modifications demandées, je m'engage à les prendre en compte, à les effectuer dans les meilleurs délais et à en faire le retour aux professionnels.

J'espère que ces explications vous permettront de cerner ma demande et d'agréeer celle-ci ; je me tiens bien évidemment à votre disposition pour toute demande de renseignements ou éclaircissements supplémentaires à ce sujet.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréeer, Madame, Monsieur, mes salutations respectueuses.

Madame Marie-Bernadette CAYET

Chef de service paramédical Pôle APF IEM Artois

Etudiante en Master II Management sectoriel ILIS Lille II

Annexe II : Grille d'entretien en direction des cadres : directeur, médecin et chef de service

Nom de l'établissement et fonction

Date de l'entretien :

Nom et prénom du professionnel :

Fonction :

Date d'entrée dans le secteur médico-social :

Date d'entrée dans l'établissement :

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement
- Dernière date du projet ou de sa réactualisation
- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)
- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?
- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?
- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?
- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?
- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?
- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?
- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?
- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?
- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?
- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Annexe III - Grille d'entretien en direction des professionnels : infirmières et masseurs-kinésithérapeutes

Nom de l'établissement et fonction

Date de l'entretien :

Nom et prénom du professionnel :

Fonction :

Date d'entrée dans le secteur médico-social :

Date d'entrée dans l'établissement :

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Annexe IV – Recensement des instituts d'éducation motrice des IEM des Hauts de France

IEM du Pas-de-Calais

Nombre : huit IEM

Gestionnaire Association des Paralysés de France (APF) depuis juin 2018 APF France Handicap

- IEM du Vent de Bise Paul Dupas, Liévin
- IEM Sévigné, Béthune

Gestionnaire La Vie Active

- IEM Pierre Cazin, Anzin-Saint-Aubin

Gestionnaire Fondation Hopale

- IEM Trajectoires, Rang-du-Fliers

Gestionnaire Association Cazin-Perrochaud

- IEM L'arpège, Audruicq
- IEM Imagine, Boulogne-sur-Mer
- IEM Les Cyclades, Leforest
- IEM Thalassa, Berck

IEM du Nord

Nombre : 14

Gestionnaire Association des Paralysés de France (APF) depuis juin 2018 APF France Handicap

- IEM Amédée Fougerouse, Douai
- IEM Jean Grafteaux, Villeneuve-d'Ascq
- IEM Marc Sautelet, Villeneuve-d'Ascq
- IEM Jules Ferry, Lille
- IEM Plaine de Mons, Valenciennes

Gestionnaire LADAPT

- IEM LADAPT, Cambrai
- IEM LADAPT, Louvroil

Gestionnaire AFEJI

- IEM Jacques Collache, Coudekerque-Branche

Gestionnaire Institut Vancauwenberghe

- IEM Vancauwenberghe, Zuydcoote

Gestionnaire A.N.A.J.I

- IEM, Houplines
- IEM, Armentières

Gestionnaire GAPAS

- IEM La Source, Hem
- IEM Le Passage, Wasquehal

Gestionnaire Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Roubaix

- IEM La Marelle, Roubaix

IEM moteurs de la Picardie

Oise

Gestionnaire Association des Paralysés de France (APF) depuis juin 2018 APF France Handicap

- IEM Cauffry, Cauffry
- IEM APF Compiègne, Lacroix-Saint-Ouen

Somme

Gestionnaire Association des Paralysés de France (APF) depuis juin 2018 APF France Handicap

- IEM Jules Verne, Amiens

Gestionnaire Pupilles de l'Enseignement Public (PEP)

- IEM Antoine de Saint-Exupéry, Amiens

Annexe V – Recensement des instituts d'éducation motrice des IEM interrogés

IEM du Pas-de-Calais

Gestionnaire La Vie Active

Organisme privé à but non lucratif

- IEM Pierre Cazin, Anzin-Saint-Aubin

L'établissement peut accueillir jusqu'à 60 usagers en semi-internat de 3 à 20 ans porteurs d'un handicap avec ou sans troubles associés ou polyhandicapés.

Gestionnaire Fondation Hopale

Organisme privé à but non lucratif

- IEM Trajectoires, Rang-du-Fliers

L'IEM présente une capacité d'accueil de 80 places en internat pour des usagers de 14 à 20 ans en situation de handicap moteur. L'accent est mis sur les formations professionnelles.

IEM du Nord

Gestionnaire LADAPT

Organisme privé à but non lucratif

- IEM LADAPT, Cambrai

L'établissement accueille 90 usagers de 3 à 20 ans (55 places en internat, 35 places en semi-internat). La scolarité a lieu au sein de la structure ou en intégration dans les milieux de droit commun proches.

Gestionnaire AFEJI

Organisme privé à but non lucratif

- IEM Jacques Collache, Coudekerque-Branche

L'IEM accueille en semi-internat 32 usagers de 2 à 18 ans présentant un handicap moteur pouvant être augmenté de troubles des apprentissages.

Gestionnaire GAPAS

Organisme privé à but non lucratif

- IEM Le Passage, Wasquehal

L'IEM accueille des usagers de 10 à 20 ans présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associées places en internat et en semi-internat).

Annexe VI – Grilles d'entretien test IEM APF France Handicap Fougrousse, Douai : adjoint de direction, infirmière et masseur-kinésithérapeute

Adjoint de direction

Date de l'entretien : 22 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Boris GREGORCIC

Fonction : Adjoint de direction IEM Douai

Date d'entrée dans l'établissement : 1996

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas présent, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Projet institutionnel en date de 2013. Le projet de soins en fait partie.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

2013

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Sources : à partir d'éléments dans le cadre de la démarche qualité. A partir de l'évaluation interne et du Plan d'Action Qualité (PAQ) de l'évaluation, travail sur le Dossier Unique avec un groupe pluri professionnel et sur le projet d'établissement dans sa globalité. Groupe de travail : médecin, infirmière et référent qualité kinésithérapeute. Les recommandations ANESM (sur la santé) et les recommandations APF (DU) ont été prises en compte. Pas d'autres prises en compte.

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Un groupe : médecin, infirmière, référent qualité kinésithérapeute et sur quelques réunions le psychologue.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Cadre : Démarche Qualité.

Réunions : sur un temps de réunion institutionnel une fois par semaine pour élaborer le DU. De là, le projet de soins a été décliné. Le projet de soins s'est écrit en même temps que le projet d'établissement une fois par semaine sur une durée indéterminable ce jour.

Objectifs : DU et écriture du projet d'écriture. Pas d'objectifs pour le projet de soins.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Une partie qui parle du soin de manière globale et qui se fonde dans l'ensemble du projet d'établissement.

Présentation et organisation du service médical et paramédical avec les grandes fonctions. Brève description des partenaires (appareilleurs, spécialistes, structures hospitalières, etc.).

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de

terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ?
Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens à titre professionnel et personne : pas de référence au projet de soins institutionnel.

Sens pour les professionnels de terrain : pas de sens.

Pourquoi pas de référence au projet de soins : car il fallait l'écrire et que les professionnels n'ont pas été mobilisés à son écriture. Cela demeure un écrit dans le projet global.

S'il y avait eu une dynamique au niveau du projet mais que dans l'écriture, cela aurait eu du sens. Dynamique : l'écrire, l'évaluer annuellement. Au niveau du fonctionnement médical et paramédical, le besoin n'est pas ressenti.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Pas d'objectifs ni de fiches action.

Avis sur l'aspect projectif, est-ce que ce serait important ? Pour l'instant pas mais le volet soins (référentiel APF) va être interrogé dans le cadre de l'évaluation interne et peut-être que cela va amener à travailler plus spécifiquement le soin dans le PAQ. Le projet devant être réécrit, cela l'impactera forcément.

Projectif et pratique apport : pas d'apport. Pourquoi ? Parce que, dans le fonctionnement actuel, l'utilité n'est pas vue dans le cadre des pratiques. Le travail de bilans paramédicaux types existe et aurait pu faire l'objet d'une fiche action du projet de soins.

Le projet de soins s'est plus écrit/PAQ (DU, DLU, bilans) et à partir de la DQ.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Non, pas de référence au projet de soins.

Sur quels outils pour en faire le bilan : sur l'évaluation interne, voir le premier PAQ et voir maintenant le référentiel soin. L'établissement se base plus sur des procédures DQ.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Oui.

Lesquels : projet de soins n'a pas été écrit en relation avec le travail de terrain.

L'amélioration du soin se fait plus dans le cadre de l'amélioration de la qualité que dans le cadre du projet de soins. Tout travail d'amélioration de la qualité fait suite à des problèmes soulevés par un professionnel ou un usager.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

La procédure d'élaboration du projet de soins n'a pas été mise en place lors de l'écriture de ce dernier.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Non car dans le cadre de la qualité sur le DU, DLU, bilans.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Voir plus haut : médecin, infirmière, référent qualité kinésithérapeute, secrétaire médicale, psychologue occasionnellement.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Sur le temps de réunions institutionnelles une fois par semaine sur une durée indéterminée.

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

Le moteur en a été le référent qualité sur du temps qualité.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Pas parti dans l'optique d'écrire un projet de soins.

A partir quand même des recommandations ANESM et APF (secret professionnel, médical, accès au DU, aux informations liées aux soins). Plus sur des objectifs DQ et écriture de procédures.

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Voir ci-dessus.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Pas de frein à ce niveau car sur un temps institutionnel et sur du temps dédié référent qualité.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Non. A un autre outil : la qualité.

Ce que la qualité amène : dynamique de l'amélioration, réflexion, échanges, résolutions de problèmes.

Conclusion : à l'avenir, l'écriture du projet de soins sera plus effectif et en corrélation avec les recommandations ANESM.

Le soin sera travaillé avec le référentiel soin qui fera plus aboutir à des procédures que des fiches action.

Les procédures sont plus liées au terrain et le projet de soins plus à une écriture institutionnelle.

Infirmière

Date de l'entretien : 22 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Caroline RAMBUR

Fonction : IDE à mi-temps

Date d'entrée dans l'établissement : Septembre 1986

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

L'infirmière a une connaissance du projet de soins.

Elle a participé à son élaboration, ne se rappelle plus avec qui.

Pour la professionnelle, le projet de soins, ce sont les protocoles établis.

Le projet de soins englobe les autres paramédicaux. Il vise un bon état de l'enfant, un suivi constant et réadapté.

La professionnelle pense que le projet de soins a été présenté à l'équipe et qu'il a été lu.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

A quoi sert le projet de soins institutionnel ? : A avoir une conduite pluridisciplinaire, le même suivi et le même regard, la même direction pour tous les professionnels de soin y compris les AMP, une même cohérence. Il peut être réévalué, ajusté et adapté en fonction du public accueilli.

Le projet existe pour l'ensemble des usagers et est ensuite adapté à chacun d'eux.

Quel sens dans les pratiques ? Il permet de veiller à l'état de bien-être et à la bonne évolution de l'usager.

Est-ce que le projet de soins institutionnel sert ? Non, il est écrit et institutionnel. La professionnelle sait que le projet de soins englobe la partie infirmerie et les autres corps de métier.

Le projet de soins n'a pas été relu et la professionnelle n'en ressent pas le besoin dans les pratiques quotidiennes.

La professionnelle ne sait plus ce qu'il contient, ne sait pas dire si cela améliore les pratiques.

La professionnelle pense qu'il serait utile de se pencher sur le projet de soins et de mener une réflexion pluridisciplinaire afin de réactualiser ce qu'il se doit.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Objectifs et fiches action ?

Ne sait plus si le projet de soins contient des fiches action. Objectifs : ne sait plus.

Beaucoup de choses se font dans le quotidien et de manière fluide.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, on en a besoin, c'est un outil établi qui est nécessaire à la cohésion pluridisciplinaire pour les soins. Le projet est nécessaire pour aller dans le même sens.

Que manque-t-il pour que ce soit le cas ? Le revoir, se plonger dedans, se ré imprégner permettra de se réévaluer, de sortir de ses habitudes, de s'adapter à l'évolution du public qui évolue.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Ecart entre la théorie et la pratique ? Non car il correspond au public et des dysfonctionnements seraient apparus depuis longtemps si cela n'avait pas été le cas

Quelles améliorations à l'avenir ? Aller le revoir, de s'y replonger.

Souhait de la professionnelle de répondre aux questions après avoir revu le projet de soins.

Après relecture, la fiche de poste doit être réévaluée par rapport au travail de terrain difficilement qualifiable par écrit ? Les missions ne sont pas uniquement des actes techniques.

Masseur-kinésithérapeute

Date de l'entretien : 22 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Anne-Sophie COCQUELET

Fonction : Masseur-kinésithérapeute

Date d'entrée en établissement médico-social : fin août 2010

Date d'entrée en fonction sur l'établissement : 03 avril 2017

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Pas encore de connaissance du projet de soins institutionnel, en a une vague idée ; Quelle idée ? C'est le suivi médical et paramédical autour de l'enfant : consultations, appareillage, la santé physique et mentale, partie sur la psychologie, les rencontres médicales extérieures, les appareilleurs, respect des protocoles de santé qui peuvent aller de la prescription médicale jusqu'à la surveillance. La professionnelle n'a jamais vu le projet d'établissement ni le projet de soins. N'a pas été présenté à son arrivée.

N'a pas participé à son élaboration car pas présente au moment de celle-ci.

Des groupes de travail DQ sont prévus dont l'un des groupes sur le projet de soins. La professionnelle pense qu'il s'agira de travailler sur le projet de soins institutionnel, voir ce qu'il se fait actuellement et ce qui doit être amélioré. Un exemple sera peut-être pris sur d'autres structures.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

A quoi peut servir le projet ? Obligatoire, ne pas passer à côté de choses importantes pour l'enfant, permet de coordonner avec les médecins spécialistes extérieurs pour parler le même langage.

Quel sens pour le professionnel ? Il est logique dans le sens où il doit exister. Il faut une prescription, un bilan, une séance. La professionnelle fait référence au projet de soins individualisé et s'y réfère.

Sens sur les pratiques ? Pouvoir visualiser où l'on va (une consultation par an, préparation de la consultation, les réunions entre paramédicaux, avec les autres professionnels pour voir l'enfant dans sa santé globale, poursuivre la continuité des soins).

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Pas possible de répondre sur les objectifs et les fiches actions de l'établissement mais antérieurement a travaillé avec un projet de soins qui en comportait.

Se sent pas inclus dans les objectifs inconnus.

Pour avoir connu des objectifs et fiches action : les thématiques permettaient de cibler les questions à se poser (qui intervient dans le projet de soins ? la psychologue, les AMP, l'orthophoniste ?).

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Amélioration des pratiques ? Oui car amélioration du travail avec les partenaires.

Il aurait fallu que le projet de soins soit moins figé (ressemblait à un processus d'accompagnement avec lequel le projet de soins institutionnel se fondait).

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Ecart : pas possible de répondre pour ici.

Quels besoins dans le projet de soins : s'appuyer sur le dossier informatisé.

Sur le terrain, ressent des manques d'informations médicales extérieures. Il faudrait se faire connaître des extérieurs. Comment se faire connaître ? Explique le fonctionnement de l'établissement. Pense qu'un projet d'établissement pourrait être utile pour créer des partenariats, ce serait plus sérieux. Le projet de soins connu des extérieurs pourrait permettre aux professionnels partenaires de s'y associer. Le projet de soins permettrait aux professionnels IEM d'avoir un support validé par l'ensemble de la structure, des équipes. Le projet de soins écrit légitimerait l'établissement. Il pourrait être un socle, une base.

Est-ce un manque de ne pas le connaître ? Risque de faire des choses qui ne sont pas dedans ex : pour un appareillage, avoir la preuve écrite du choix des parents/appareilleur, de se calquer sur un projet antérieur. Le projet de soins pourrait être un guide, un cadre pour les pratiques (savoir si on peut ou pas faire des séances à domicile).

La professionnelle imagine le squelette du projet de soins et pense donc que cela pourrait améliorer les pratiques car, sans projet de soins institutionnel, pas de repères pour les améliorations futures. Le projet de soins remettrait chaque personne à sa place, permettrait de ne pas « déborder » de ses pratiques.

Il pourrait y avoir une fiche action sur le dossier informatisé de l'utilisateur, un travail à ce sujet.

L'aspect projectif du projet de soins institutionnel pourrait permettre une auto-évaluation de la gestion du dossier actuel, de voir ses manques et points positifs.

Le fait de travailler en projection permettrait d'évaluer ses pratiques dans le but de les améliorer car on pense bien faire mais la fiche action permet de se réinterroger.

Annexe VII – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : directrice - adjointe du secteur médico-social enfants de Cambrai (IEM et SSES)

Date de l’entretien : 26 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Madame Diot Delphine

Fonction : Directrice-adjointe du secteur médico-social enfants de Cambrai (IEM et SSES).

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 10 septembre 1999 (adjointe de Direction en charge RH, service administratif, qualité)

En 2007 : Directrice Adjointe en charge RH, fonctions support et vie associative, relations familles et jeunes.

En 2015 : entièreté de la fonction de Direction. RH à part.

Date d’entrée dans l’établissement : 10 septembre 1999

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Pas de projet de soins écrit et structuré. Le projet d’établissement existe. Le projet institutionnel est construit sur la base de Sérafin-PH donc il part des catégories de besoins des personnes accompagnées et met en face les prestations de soins. Le soin vient en soutien du projet de vie du jeune. Ce n’est pas la clef d’entrée comme en SSR. La clef d’entrée est le projet de vie du jeune. L’IEM et le SSR cohabitent dans les mêmes locaux et partagent les mêmes équipes. C’est un projet d’accompagnement dans lequel se trouve la partie soin. Plus de médecin depuis avril 2016. Actuellement MMPR 2 jours par mois depuis 1 mois.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

En cours de réécriture. Le précédent datait de 2012.

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

A partir du Diagnostic, le Comité de Pilotage a défini 3 grandes orientations pour les 5 années à venir : fiches actions concrètes qui sont en finalisation. On est sur des prestations.

Les grandes orientations validées par la commission du projet d’établissement du conseil d’administration en décembre.

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Les 4 établissements ont travaillé un tronc commun et maintenant l'établissement est dans la phase d'individualisation avec des fiches actions ciblées par établissement et service.

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Comité de pilotage mixte associe des professionnels de Maubeuge (CEM et SSES) et Cambrai (IEM Et SSES). Le CPOM et PE construits conjointement depuis 10 ans.

Comité de pilotage : Cadres et professionnels de terrain (psychomotricienne, psychologue, cadres de site, chefs de service éducatif, adjointe de direction, assistante sociale).

Certains membres du Comité de Pilotage animaient les groupes. Trois groupes ressources pour faire des diagnostics auprès des familles, professionnels et partenaires. Chaque groupe avait une cible et une méthode de questionnement. Travail à partir d'un SWOT pour les professionnels, questionnaires et échanges pour les familles, guide d'entretien téléphonique ou RV pour les partenaires. Elaboration du diagnostic puis 3 synthèses. Analyse des politiques publiques, reprise de l'évaluation externe par le reste du Comité de pilotage.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Durée : lancement en septembre 2017. Se termine le 24 mai (positionnement du CA).

Outil de suivi et de communication et d'adaptation des prestations de manière concrète. Un comité de suivi veillera chaque année à la réalisation concrète des actions.

Objectifs : Mettre des prestations en face des nouveaux besoins des usagers et adapter l'offre aux besoins en ayant pour objectif l'inclusion en milieu ordinaire.

Grandes orientations : développer une offre de service qui répond à la logique de parcours en diversifiant et en adaptant l'offre de service, favoriser le répit aux aidants (hébergement, pair-aidance et émulation), poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement en améliorant les processus.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens : partie soins en soutien de la partie accompagnement du jeune.

On attend des rééducateurs qu'ils disent si, au niveau de la santé du jeune, dans son projet, il y a un risque ou pas, identifier les freins et les leviers sur lesquels s'appuyer, vigilance/projet de vie, travail à axer en lien avec le projet de vie. Que le rééducateur soit capable de réajuster ses priorités/projet du jeune. Si opération dans 3 mois ou dégradation, impacts sur le projet de vie. De donner les alertes, les risques et d'aider ou pas à les lever.

Sens pour les professionnels et leurs pratiques ? : Perturbant pour les professionnels SSR et IEM car attentes techniques pour le SSR. En médico-social, on attend autre chose (voir précédemment).

Les pratiques sont différentes sur les 2 sites (IEM et SSR).

Le projet institutionnel incite les professionnels à s'adapter au projet de vie.

L'enjeu du projet d'établissement : expliquer aux soignants qu'ils ont leur place mais autrement.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Pas de fiche action paramédicale pure mais fiche éducation à la santé, accès au sport, vie intime et sexuelle. Les soignants sont mobilisés autour de ces thèmes et le soin est abordé de cette façon. Idem fiche action école de la vie autonome où l'ergothérapeute est centrale (cadre éducatif et direction pilote).

Qu'apportent les fiches actions aux équipes ? : Un moyen de travailler en mode projet, en transversalité, en complémentarité. On est plus en mode service.

L'ergothérapeute va devoir faire des recherches, faire du réseau, travailler en dehors des murs.

Amélioration des pratiques ? : Oui, enrichissement dans le travail des professionnels, ouverture d'esprit mais il faut que le professionnel ait envie et que cela corresponde à ses souhaits professionnels.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Qualité d'améliorations des prestations offertes, assure la pérennité de l'établissement pour être en adéquation des politiques.

Outils qui permettent de dire que cela améliore les pratiques : cela va se voir dans l'évaluation des prestations et dans le dialogue de gestion avec l'ARS (CPOM) et dans la liste d'attente. Par le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs prévus pour chaque fiche action.

Série 5 Ecarts théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Ecarts : il y en a toujours entre la politique et stratégie et la pratique car phase de communication et d'appropriation par les équipes qui est non négligeable avant la phase de mise en œuvre. Les acteurs ont leur jeu et cela va en dépendre.

L'idée est de garder l'objectif de départ pour atteindre l'objectif final.

Quelques-uns des professionnels sont à même de voir la vision complète du projet donc la déclinaison est importante et reste à faire.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Mauvaise communication ;

Mauvaise compréhension ;

Une vision différente des professionnels ;

Cela touche aux changements de place, de posture, de pratiques, de perte de pouvoir (perte de pouvoir des chefs de service sur les collaborateurs amenés à travailler sous d'autres responsabilités). La grille de mobilité utilisée par le secteur éducatif et plus uniquement par les ergothérapeutes.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Voir plus haut

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Voir plus haut.

S'il y avait eu d'autres professionnels paramédicaux sur les groupes, est-ce que cela aurait limité l'écart ? : Peut-être. Dans la mise en œuvre, les collaborateurs s'engageront peut-être.

Pas de cadre paramédical ni de personnel paramédical mobilisés dans les groupes, cela est peut-être dommage.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Engagement en temps.

Les professionnels de terrain ayant participé au comité ont fait un gros travail d'appropriation et d'engagement dans une démarche autre que leur quotidien et donc, en les faisant participer, ils ont une meilleure appropriation et sont vecteurs d'explication, de communication, de transmission et de concrétisation, font le lien entre la théorie et la pratique, cela a permis de mettre en perspective des changements de pratiques/ évolution du secteur et les politiques publiques.

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

Voir au-dessus. Approche par besoins. Points forts et faibles, identifier les manques et les opportunités du territoire.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Voir plus haut

Les recommandations de bonnes pratiques ANESM. Méthodologie de LADAPT avec des documents support sur l'élaboration du projet.

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

RAS

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

A moyens constants, professionnels libérés.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Non, cela permettra de se questionner et de réajuster.

Annexe VIII – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : cadre éducatif sur la partie IEM et sur la partie sanitaire

Date de l’entretien : 26 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Monsieur Lamotte David

Fonction : Cadre éducatif sur la partie IEM et sur la partie sanitaire à mi-temps

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 1997

Date d’entrée dans l’établissement : 1997

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- **Existence ou non du projet de soins institutionnel.** Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Oui, il fait partie du projet d’établissement et du CPOM.

Fiches actions.

Son appui : expertise de l’établissement sanitaire, processus qualité sur le sanitaire. Prégnance de la culture sanitaire.

Participation aux réunions de coordination sanitaire et médico-sociale.

Permet d’aborder le projet de soins de l’IEM à partir de la culture des 2 structures. Permet d’avoir la même logique de territoire (réseau, partenariat). Un usager peut basculer du sanitaire au médico-social.

Personne accompagnée LADAPT.

Fait partie du COPIL.

Pilote plusieurs groupes de travail. Partie professionnels.

- **Dernière date du projet ou de sa réactualisation**

En cours de réécriture. Le précédent datait de 2012.

- **A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des événements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)**

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Sources : appui de l'ARS, déclinaison du SROS et SROMS. Ne pas sortir du cadre et des attendus ARS. Trouver des points de similitude du SROS en direction du SROMS : le prendre soin et prévention santé sous l'effigie de l'éducation à la santé. Gros volet sanitaire et médico-social donc on œuvre dans le même sens.

S'appuyer sur la prévention et l'accessibilité aux soins sous toutes ses formes (sport, hygiène, éducation sexuelle, etc.).

ANESM Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

Loi 2002, 2005, 2009, 2016.

Conseil d'état européen (enjeux de désinstitutionalisation). Penser les plates formes de service et répondre au milieu naturel (logique inclusive, sociale, préprofessionnelle et scolaire). car les jeunes devront assurer leurs soins et leur accès aux soins par le libéral par exemple, prendre des RV, etc.

Travail sur la notion d'empowerment du jeune et de sa famille. Que le jeune devienne auteur.

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?
- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Voir objectifs plus haut.

Objectifs : que tous les professionnels et partenaires travaillent l'empowerment du jeune et de sa famille (capacité d'agir en fonction d'un besoin).

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Fiches actions.

Procédures sur le projet soins dans le projet, signées par les professionnels, avec une révision prévue (alimentation, déglutition, hygiène, infirmerie, etc.).

Logiciel OSIRIS, accès sur le soin avec l'identitovigilance par exemple.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens pour les professionnels : le projet soin fait partie du projet de vie dans sa globalité. Pas plus d'importance qu'un autre. Il se rattache au projet de vie tant pour les professionnels que pour les personnes accompagnées.

Amélioration des pratiques ? : Donne un cadre, borne, une lisibilité. Le côté soin est une approche transversale mettant en confrontation la logique soignante et l'accompagnement. Si cela est fait dans une démarche bienveillante et avec les procédures, cela contribue ou favorise l'amélioration des pratiques mais c'est un ensemble. Personne ne prend le dessus. On est dans un agir combinatoire.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Projectif : oui car fiches actions, des objectifs.

Importance l'aspect projectif ? : C'est permettre aux jeunes de comprendre l'utilité des soins, de s'engager dans ceux-ci, de se soigner, accès aux soins, prévention. Cela veut dire que le jeune aura une autonomie plus prononcée.

Les professionnels ont du mal à travailler avec les fiches actions. Pourquoi ? : Ils ont du mal à faire le lien entre fiche action et réalité de terrain et veulent rester sur du pratico-pratique. Aux cadres d'expliquer l'intérêt de l'aspect projectif du projet. Pour les équipes, attendent que la fiche action corresponde à la réalité terrain. Il faut que la fiche action soit comprise et acceptée.

Les fiches action n'auront du sens que si les professionnels en sont acteurs et sans que cela soit imposé. Rôle important des cadres qui doivent faire vivre les fiches actions, les outils, les orientations, les objectifs.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Outil d'amélioration : oui car cela permet de donner la direction, on sait que c'est au bénéfice de la personne accompagnée. Cela donne une émulation et une intelligence collective à la condition que les professionnels comprennent le sens de là où on veut aller.

Outils pour dire que c'est une amélioration : enquêtes auprès des professionnels, temps de rencontre en réunion, sondage, faire intervenir la direction santé, questionnaire ouvert et fermé et propositions.

Série 5 Ecarts théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Ecart : oui.

Lesquels : être précis est compliqué.

Les professionnels qui ont du mal à s'approprier les outils, les choix d'établissement.

Entre la vitrine et la réalité terrain.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Causes : l'encadrement ne s'approprie pas assez la réalité de terrain, la lecture de terrain ne se fait pas de la même façon. C'est difficile parfois d'aller plus loin pour les professionnels de terrain. Hautes ambitions de l'encadrement Les professionnels ne voient pas la même chose. Il faut que les cadres les fassent monter en compétence.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Pas sur la méthodologie. Il existe des groupes de travail avec les professionnels. On passe par les entretiens professionnels pour les inscrire dans les différents volets du projet de soins.

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Toujours les mêmes qui s'inscrivent sur les fiches actions. Les fiches actions sont travaillées avec les professionnels. On ne touche pas tout le monde. Il faudrait faire travailler d'autres professionnels donc sollicitation au travers des entretiens.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Oui, tout cela bloque. Il faut tracer de plus en plus, public plus dépendant, complexité. Le facteur temps et les conditions de travail peuvent être une cause à l'écart.

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

Oui, car pas la même vision. Difficulté à faire passer l'information des cadres au terrain. Comment faire passer le message ? : Pédagogie importante.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Temps requis pour les usagers

Des familles participent et des anciens jeunes qui sont personnes ressources, font vivre la fiche action.

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Non pas par cela.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Oui, facteur temps car à moyen constant.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Sans vigilance, cela pourrait l'être. Car, sans adhésion des professionnels sur les axes du projet, cela pourrait être préjudiciable mais pas là-dedans car vigilance.

Annexe IX – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : cadre paramédical (encadrement ergothérapeutes, orthophonistes et psychomotriciens)

Date de l’entretien : 26 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Sylvie JONEAU

Fonction : Cadre des ergothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes

Date d’entrée dans le secteur médico-social :

Date d’entrée dans l’établissement :

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Pas de projet de soins avec cette appellation-là.

Dans le projet d’établissement précédent, c’était un catalogue, un descriptif de ce qui se faisait dans la structure ; ce n’était pas un projet donc les projets suivants se sont déclinés différemment par fiches actions dans lesquelles le soin intervient.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Le projet est en renouvellement. Pilote d’aucun groupe. Ne fait pas partie du comité de pilotage. Aucun professionnel du secteur n’en fait partie. L’ergothérapeute a travaillé comme personne ressource sur une fiche action sur la mobilité (voir hébergement externalisé).

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des événements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Ne fait pas partie du COPIL.

- Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Le médecin a été interpellé sur le précédent projet.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?
- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Les thèmes sont généraux pour lequel le soin intervient sans qu’il y ait un projet de soins identifié comme tel.

Pour les personnes accompagnées, c'est le projet de vie qui prédomine et les soins y contribuent.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

C'est un peu compliqué de répondre car le projet de soins n'est pas défini comme tel.

L'identification du projet de soins global n'est pas très nette. Les professionnels connaissent mal le projet d'établissement, c'est difficile de faire en sorte que les professionnels le connaissent et se l'approprient. Quand c'est sur un thème précis et concret, quand les professionnels se sentent impliqués sur un thème, il faut néanmoins revenir plusieurs fois pour que les professionnels se l'approprient et comprennent le rôle qu'ils jouent en tant que rééducateur dans un projet plus global.

Le rôle de l'ergothérapeute pour l'autonomie devient plus transversal et collectif quand il s'agit d'apprendre l'autonomie pour aller seul en stage.

Le futur projet institutionnel est présenté aux professionnels mais il y a nécessité que les fiches actions soient représentées plusieurs fois. Les professionnels ne se sentent pas concernés quand ils entendent parler du projet quand il est présenté dans un grand groupe.

Il n'existe pas un appui particulier pour les soins de manière globale, le projet de soins n'étant pas identifié comme tel.

Les fiches actions sont basées sur le parcours de vie et le soin vient y concourir.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Il n'existe pas quelque chose de global pour le service des soins.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Le fait de présenter le projet institutionnel peut faire déboucher sur un objectif commun, peut sensibiliser sur les évolutions du secteur médico-social. Cela demande une souplesse et une adaptabilité et un changement des pratiques pour les professionnels. Le fait de présenter, de communiquer peut faire évoluer les pratiques. Communiquer sur les grands projets mais également sur les petits, sur le pourquoi des évolutions de la population accueillie, des modes d'accompagnement proposés aident à faire comprendre aux professionnels quelle place ils peuvent avoir.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Pour les usagers les plus âgés, il s'agit plus de réadaptation.

Les professionnels adaptent leurs soins à l'évolution du public et à l'ouverture de l'établissement pour les projets déjà en place.

Sur les projets à venir innovants, les professionnels ont encore du chemin à faire parfois par manque d'information.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Par manque d'information. La nouveauté inquiète, le professionnel s'interroge sur sa place.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

La proposition est faite de participer à l'élaboration du projet mais les professionnels qui sont concernés demeurent frileux pour contribuer à l'élaboration du projet. Il faudrait plus de communication, de présentation de ce qui existe.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Sortir des sentiers battus, de sa zone de confort paraît difficile pour certains professionnels.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

C'est toujours la crainte de passer du temps qui est ressenti comme étant au détriment de la prise en charge première.

Quand il s'agit de trouver des volontaires pour un groupe de travail plus technique (technique de rééducation), cela est aisé contrairement aux groupes de travail sur des projets globaux qui sont vécus comme institutionnels ou s'éloignant du corps de métier premier.

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

Il faudrait communiquer encore plus et faire appel à d'autres personnes pour communiquer sur le projet (les personnes du comité de pilotage du projet d'établissement). Il ne suffit pas de remettre un compte rendu des avancées du projet, il faut communiquer oralement.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

RAS

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Il serait plus concret de travailler sur des fiches actions. Il suffit parfois de réussir à franchir le pas pour que les professionnels y trouvent leur compte ;

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Les professionnels travaillant sur les 2 secteurs (SSR et médico-social) doivent être remplacés.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Le fait d'être frileux pour participer à l'élaboration des nouveaux projets peut ralentir l'implication de tous ; les professionnels sont amenés à suivre le projet parce qu'il le faut dans un premier temps du moins.

Conclusion : antérieurement, le projet a été travaillé de manière très participative et les professionnels ne s'y reconnaissaient pas pour autant. Pour les projets plus récents, une participation moindre a été requise. Il est difficile de trouver le juste milieu.

Annexe X – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : infirmière

Date de l’entretien : 26 février 2018

Nom et prénom du professionnel : Emilie DUFOUR

Fonction : infirmière

Date d’entrée dans le secteur médico-social : novembre 2003

Date d’entrée dans l’établissement : novembre 2003

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l’élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Projet de soins existant. A participé au diagnostic en interne avec un groupe pluridisciplinaire (éducatrice, un kinésithérapeute, éducatrice sportive, etc.).

Le projet de soins a été présenté.

Que contient le projet de soins ? : Des axes ont été dégagés. Un axe sur la bienveillance a été dégagé, l’infirmière y participera.

Il y a eu des fiches actions sur la douleur (dans le cadre du CLUD), pour l’alimentation (CLAN Comité de Lutte Alimentation Nutrition). Les fiches actions contiennent des objectifs, des actions, une évaluation de ce qui a été mis en place sur le terrain.

Des procédures et protocoles sur les soins existent. Certaines procédures ont été travaillées par l’infirmières.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu’il les améliore ?

Cela permet d’évaluer ce qui est fait sur le terrain, de pouvoir refixer des objectifs et coller davantage aux évolutions de l’établissement et des lois.

Sens pour le professionnel dans son travail : Les procédures sont à appliquer sur le terrain. Elles permettent de couvrir le professionnel.

Les protocoles au niveau des soins sont rigides et doivent être appliqués. Ils aident dans les pratiques. Ils permettent de définir une conduite à tenir commune entre les différents professionnels. Cela permet d’uniformiser les pratiques, d’être couvert.

Les fiches actions sont une direction de travail, une espèce d'emploi du temps à plus long terme contrairement aux protocoles qui sont instantanément appliqués. La fiche action se projette sur un plus long terme.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Oui, des fiches actions. Dans le groupe alimentation, une formation a été mise en place auprès des professionnels de santé pour former aux complications de l'obésité. Des actions sont mises en place en direction des familles de l'enfant et des professionnels. Cette action a été évaluée sur le terrain, des objectifs ont été fixés avec un travail pluridisciplinaire sur la prévention et les conséquences de l'obésité.

Un aspect projectif existe au sein du projet de soins mais il manque de temps pour tout décliner.

Dans certaines parties, l'infirmière se sent inclus dans les objectifs et les projets qui sont en lien avec ses pratiques (éducation à la santé par exemple).

L'infirmière espère améliorer ses pratiques et déclare que c'est le but des actions. Cela permet d'apprendre des nouvelles choses, de se remettre en question, de faire le mieux possible pour la prise en charge de l'usager.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

C'est sensé aider à améliorer les pratiques en ne restant pas figé sur les pratiques actuelles, permettent de s'adapter à des nouvelles prises en charge, à mieux répondre à de nouveaux besoins et de les adapter à chaque usager.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Les écarts : Il est parfois utilisé du vocabulaire (le SWOT par exemple), ce sont des grands mots c'est présenté en réunion de service et pour les personnes qui ne participent pas aux groupes de travail, c'est plus difficile à comprendre. Si la personne est concernée par le groupe de travail, cela prend sens.

Axes d'amélioration : que chaque professionnel participe quand sa spécificité est requise.

Annexe XI – Grille d’entretien IEM LADAPT, Cambrai : masseur-kinésithérapeute

Date de l’entretien : 26 février 2018

Nom et prénom du professionnel : FLERON Patrick

Fonction : Masseur-Kinésithérapeute

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 22 octobre 2002

Date d’entrée dans l’établissement : 22 octobre 2002

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l’élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Existence projet de soins : notion qui est étrangère, éloignée. On imagine un projet de soins. A plus l’habitude de travailler sur le projet de soins individualisé de l’usager.

Pas de sollicitation pour travailler sur le projet de soins.

Pas de sollicitation sur les fiches actions.

Présentation ? Non, sera probablement présenté.

Imagine qu’il existe une dynamique de travail sur le projet de soins institutionnel car l’établissement travaille sur l’amélioration des prestations en direction des usagers. La dynamique existe par la certification.

N’a pas la même vision que l’équipe d’encadrement, pas la formation spécifique pour ce type d’approche.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu’il les améliore ?

Cela sert à avoir une cohésion dans les projets individuels, avoir la même approche à décliner en individuel. Cohésion par rapport à l’utilisation des ressources humaines et matérielles, économie de moyens, projet cohérent à présenter aux tutelles.

Exemple : éducation à la santé, on sent une logique derrière pour que l’approche soit diffusée partout, dynamique de responsabilisation des établissements.

Sens dans vos pratiques : bien que pas au fait des détails, ressent la dynamique. On se rend compte que le soin est une partie de l’ensemble et de la prise en charge. Le professionnel est une brique dans l’édifice. On est un élément d’un tout.

C'est en ce sens que le projet de soins prend sens en faisant converger les différents aspects de la prise en charge du jeune dans la même direction. Sans cela, tout le monde tirerait la couverture vers soi et l'enfant ne serait pas dans un projet global. Le soin est un moyen d'arriver à faire des choses pour l'enfant.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

A déjà entendu parler des fiches actions mais pas associé.

Inclus dans les projets et objectifs : non car sur beaucoup de choses, problème de temps. Imagine que c'est le chef de service qui fait le relai.

Le fait d'y être associé pourrait améliorer les pratiques à la condition qu'il y ait des retombées concrètes dans la pratique quotidienne. Il ne faudrait pas que cela prenne trop de temps sur le terrain.

Les personnes se sentiraient peut-être plus impliquées, pourraient faire un retour avec le terrain et dire si cela est applicable sur le terrain. Il faut que le projet institutionnel abstrait se concrétise sur la pratique de terrain.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, amélioration à partir du moment où cela aide à mettre le doigt sur des pratiques qui dysfonctionnent, on pourrait les améliorer ou les corriger.

Ce n'est pas le cas actuellement. Que manque-t-il ? Il faudrait participer.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Ecart : pas la même vision des cadres et des professionnels. Le cadre a une vision globale qu'il exploite au-dessus. Le professionnel ne se sent pas inclus de façon personnelle.

La lourdeur du quotidien en temps peut être un frein et ne favorise pas la participation.

Travail sur les procédures (escarres). Cela apporte quelque chose car c'est du terrain, c'est rendre les choses concrètement écrites, au cœur de l'action des soins à améliorer.

Idem sur le groupe douleur, on peut faire remonter des expériences de terrain.

Imagine que le projet de soins institutionnel est dans cette dynamique.

Permet de sécuriser et d'optimiser les soins et aussi de proposer la même approche pour tous les patients, c'est une garantie d'avoir un même fonctionnement pour chaque professionnel, c'est une référence pour les nouveaux professionnels, les procédures aident les nouveaux, outils de référence. Donne un cadre, mettent le professionnel en sécurité.

Annexe XII – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque- Branche : directeur

Date de l’entretien : 03 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : Monsieur Sylvain SPERANDIO

Fonction : Directeur

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 01 septembre 2005

Date d’entrée dans l’établissement : 01 septembre 2009

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Les familles viennent trouver un projet thérapeutique fort.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Projet vu en 2010 et 2014 (période 2015- 2019).

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

La première évaluation externe (2011) a permis de mettre par écrit un certain nombre de procédures.

- Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Deux médecins MPR, une cadre de santé.

L’équipe des rééducateurs a été associée (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.).

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Au moment du projet d’établissement sur des temps institutionnels. Le projet est présenté sur ces temps et discuté en équipe au cours des réunions de service.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Le projet permet de voir l’impact sur l’établissement, sur la délivrance des soins, sur la sécurité des soins, d’assurer les prescriptions médicales quand on est Directeur et que l’on admet un usager dans l’établissement, cela permet de

sécuriser les professionnels. Cela permet d'élaborer le plan de formation et de maintenir le niveau optimal des paramédicaux.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Ce sont plus les médecins et les cadres techniques qui vont décliner sur le terrain. Plus une réponse à aller chercher auprès des cadres.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Il n'y a pas un chapitre « projet de soins ». C'est de l'organisationnel. Les équipes savent où elles vont. Est décliné le plan de formation.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Le projet de soins n'est pas défini en tant que projet de soins, mais tout converge vers une prise en charge optimale de l'enfant.

A l'avenir, le médecin qui est nouvellement arrivé, par corps de métier, va définir ce qui est attendu par les ergothérapeutes pour redonner du sens et permettre aux actions de converger vers quelque chose de commun. Cela pourrait s'appeler un projet de soins.

Que pourrait apporter un projet de soins écrit comme tel ? : Se sortir des situations individuelles pour aller vers le global. Il y a un besoin de retrouver une cohérence globale au travers du projet de soins. Il permettra peut-être de donner à l'avenir du sens à un établissement qui demain fonctionnerait sans agrément.

Les actions sont faites mais pas nécessairement identifiées dans le projet de soins. Est-ce un manque ? : Cela n'est pas apparu comme une nécessité de l'identifier dans le projet de soins ; Il faudrait définir ce que l'on met dans le projet de soins.

Tout arrive par besoins repérés, les actions et les réflexions se font au fil de l'eau.

On pourrait rentrer ces actions dans un projet de soins.

Toutes les actions mises en place ont pour but d'améliorer les pratiques. Cela permet de maintenir à niveau les professionnels (plan de formation), de sécuriser les pratiques y compris celles des professionnels hors champ paramédical.

Il manque une dimension cadre de santé. Le projet de soins global était porté par un ancien cadre de santé même s'il n'était pas écrit. Mais l'oral a ses limites en cas d'absence et il faut écrire.

Le projet de soins sera réinterrogé avec le médecin à partir des obligations légales (quel sens donner au projet de soins ?).

Le projet Régional de santé irrigue l'établissement.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

L'écart, ce sont les moyens techniques manquants.

Il manque des métiers sous tension.

Il faudra retravailler le projet en équipe.

Associativement, le projet de soins n'est pas simple à construire car l'IEM Collache est le seul IEM moteur dans l'association. Il n'existe aucune directive de l'association pour écrire un projet de soins, la spécificité motrice de l'enfant accueilli en IEM est unique. Le projet de soins est tellement fort que ce n'est pas perçu au niveau associatif. Le projet de soins demain devra être fort car des cas complexes arrivent. Le champ des autres compétences (compétences sociales) s'appuie sur le projet de soins. Les actions et les projets sont repérés en fonction de l'évolution de la population.

Difficile, de l'angle de vue de la direction, de poursuivre plus avant l'entretien.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

RAS

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

RAS

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

RAS

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

RAS

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

RAS

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

RAS

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

RAS

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

RAS

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Annexe XIII – Grille d’entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque- Branche : médecin MPR

Date de l’entretien : 19 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : DELPEZ HIRON Floriane

Fonction : Médecin MPR

Date d’entrée dans le secteur médico-social : septembre 2016

Date d’entrée dans l’établissement : Août 2016

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Ne sait pas. Pense que oui mais n’en a pas connaissance.

Comment le voir à l’avenir ? : Le Docteur doit regarder d’autres projets de soins.

Situations différentes en pathologies au sein de l’IEM. Difficile de faire un projet de soins institutionnel commun à l’ensemble. Axer d’abord dans un premier temps sur différents groupes d’enfants pour décliner les projets de soins institutionnels.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Voir entretien Direction.

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Oui, se construirait à partir des évaluations externes, recommandations HAS, utiliser les recommandations sur l’éducation nationale, essayer de faire un mixte toujours en fonction des pathologies de l’enfant.

- Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Médecin à la source avec ensuite une discussion avec les cadres techniques et le Directeur. En discuter ensuite avec un aide-soignant, autres professionnels en fonction du projet.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Quels objectifs ? : Prise en charge coordonnée au niveau des soins. Il faut partir des problématiques de service (nutrition entérale, quels soins dispensés au sein de l'IEM, l'hétéro-sondage, qui se forme ?) Créer des outils sur les allergies, troubles de la déglutition.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Pas de connaissance suffisante (vient d'arriver).

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens dans les pratiques : déjà du sens à partir des projets personnalisés, on essaye d'être précis. Ce n'est pas là que cela amènerait du sens. Cela permettrait d'amener un confort (mettre de l'ordre dans le rôle de chacun et aussi dans la sécurité des soins.

Améliorer les pratiques ? : On pourrait optimiser les domaines d'action (si affichage des usagers avec allergie, cela permettrait de trouver les personnes, personne ne passerait à côté de l'information.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Fiches actions ? : Peu d'intérêt aux groupes de travail mais travail de fond avant avec médecin et cadre puis travailler en groupe large pour aller plus en profondeur et ajuster au maximum.

Projet avec projection ? : Le projet n'a aucun sens s'il n'y a pas de projection.

Apport dans les pratiques : sans objectifs, on ne sait pas où l'on va donc c'est essentiel.

Oui, les objectifs améliorent les pratiques, on sait où l'on va.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, du service globalement et pour les enfants.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Il n'existe pas encore mais serait réalisable.

Pas possible de répondre plus avant (vient d'arriver).

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

C'est une question de temps. Il faut le prendre. Les gens sont volontaires. Il faut voir ce qui va, ne va pas, travailler dessus, faire des recherches, regarder ce qui est réalisable.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?
- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?
- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?
- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?
- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?
- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?
- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?
- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Annexe XIV – Grille d'entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque- Branche : cadre technique langage

Date de l'entretien : 03 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : Nathalie PERIC

Fonction : Cadre technique langage

Date d'entrée dans le secteur médico-social : 01 septembre 1988

Date d'entrée dans l'établissement : 01 septembre 1988

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Oui, le projet de soins est existant.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

La demander à la direction.

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

A partir des nouvelles directives de l'ARS.

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

L'ancien médecin MPR avec la Direction.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Demander à la direction.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Il est écrit en termes de rééducation. Il parle de la prise en charge pluridisciplinaire. C'est une scolarité la plus proche possible de l'ordinaire avec les rééducations incluses dans le programme de la semaine. Le but est de poursuivre une scolarité la plus intensive possible sans perdre de temps en extérieur en rééducation.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Le projet de soins institutionnel est une référence plus pour les cadres que pour les professionnels de terrain car, pour Madame Peric, dans un passé antérieur d'orthophoniste, le projet de soins allait de soi sans y faire référence de façon formelle. Le constat est fait à partir du changement de poste car, sur un poste de cadre, Madame Peric a dû s'intéresser aux écrits.

Oui, les pratiques sont améliorées du point de vue cadre car il faut avoir un référentiel. C'est un cadre (viabilité du service, actes et prix de journée). En tant qu'orthophoniste, ce n'était pas un outil dont Madame Peric se souciait. Il y a une vingtaine d'années, la direction ne diffusait pas autant les informations. Il y a maintenant plus de diffusion, des référents qualité, davantage de réunions formalisées qui concernent l'établissement. Les professionnels sont maintenant sensibilisés et l'information passe davantage.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Oui, il présente des projections. Les objectifs sont définis à partir d'éléments repérés venant soit du terrain, soit des besoins des patients, à partir de ce qui se passe sur le territoire, en se confrontant aux autres services du territoire. Le projet de soins se construit à partir de son environnement.

Les équipes ne s'incluent pas dans cette réflexion. L'association travaille beaucoup en Direction Générale (les directeurs sont sollicités). L'association intervient également sur le domaine du soin.

Exemple : un projet de classe externalisée va engendrer une adaptation des soins en conséquence.

L'aspect projectif est de soi important. Pourquoi ? : Cela va demander de l'adaptation de la part des professionnels.

L'aspect projectif peut dans l'absolu améliorer les pratiques des professionnels mais cela dépend des individualités (certains ont l'esprit d'équipe, d'autres pas, certains sont plus ou moins impliqués).

Cela pourrait aider de faire participer certains professionnels à son élaboration pour les impliquer. Certains professionnels sont critiques et ne sont d'accord sur rien sans faire de nouvelles propositions toutefois.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, dans une certaine mesure, c'est un outil d'amélioration des pratiques car il permet un fil conducteur, c'est une trame pour travailler.

En ce qui concerne les équipes, cela dépend des individualités pour qu'il soit considéré comme outil d'amélioration.

Bases du bilan : ce sont les réunions, ce sont les retours, les remarques des professionnels.

Ce qui manque : peut-être davantage de retours des cadres, de la Direction, des référents qualité en direction des professionnels.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Oui, il existe des écarts.

Lesquels ?

En tant que cadre : le projet de soins n'existe pas car il y a beaucoup de paramètres.

Il manque des professionnels de terrain (problème de vacance de poste, de recrutement), comment l'élaborer sans ces professionnels ? C'est compliqué de voir un projet de soins avec un panel de rééducations si on n'a pas tous les intervenants nécessaires à l'élaboration de ce projet. Ce qui était prévu au départ va se déliter avec des intervenants extérieurs (en remplacement des professionnels que l'on ne recrute plus). Les professionnels travaillent en coordination avec un regard commun sur les projets et il faut avoir la présence de ces professionnels pour pouvoir travailler au niveau du projet de soins institutionnel. Est mis en avant le problème du recrutement.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Voir ci-dessus.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Non, pas de méthodologie au niveau des professionnels de terrain hormis la définition des métiers de chacun. Il est donc difficile de fédérer l'équipe dans l'optique car pas de cohérence, pas de projet commun. Il n'y a plus d'esprit de synthèse, de regard commun. Il manque l'appropriation des professionnels de terrain pour aller dans le même sens avec les mêmes objectifs.

Est-ce que l'excès de réglementation rend les professionnels frileux ? Impression de ne plus pouvoir faire grand-chose. Cela peut-être le sentiment des professionnels et cela peut décourager de participer au projet de soins.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Plutôt participation de la Direction et du médecin.

Les enseignants pourraient être sollicités pour participer et cela permettrait une cohésion d'actions.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Oui, le temps est un frein. Les professionnels ne sont peut-être pas impliqués mais parce qu'ils ne sont pas suffisamment sollicités.

Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

L'association ne sollicite pas particulièrement l'avis des professionnels de terrain. Elle privilégie les personnels de Direction.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Les outils ont été utilisés car ils sont connus mais plus par la Direction.

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Non, pas d'utilisation de ces outils.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?
- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Le facteur temps peut-être un frein. Le manque de professionnels impacte le facteur temps.

La pratique professionnelle est respectée d'un point de vue individuel mais il peut survenir des divergences de projection sur le terrain qui pourraient provenir des écarts constatés dans le projet de soins institutionnel. Dans ce cas, oui, les écarts sont préjudiciables aux pratiques car ils empêchent un sens commun.

Annexe XV – Grille d'entretien IEM Jacques Collache, AFEJI, Coudekerque- Branche : masseur-kinésithérapeute

Date de l'entretien : 03 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : Irène FLEURY

Fonction : Cadre technique kinésithérapeute, mi-temps cadre technique, mi-temps Masseur-kinésithérapeute

Date d'entrée dans le secteur médico-social : 1988

Date d'entrée dans l'établissement : 2006

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Le projet d'établissement existe. Il devrait exister un projet de soins mais Madame Fleury ne s'y réfère pas.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Ecrit en 2014 pour la période 2015/2019.

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des événements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Pas de réponse à ce sujet.

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Il a été travaillé au niveau de la Direction et peut-être revisité au cours de la dernière évaluation interne il y a au moins deux ans.

Le médecin MPR y a participé.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Aucun professionnel n'a participé à sa réflexion. Peut-être les référents qualité y ont-ils participé.

Madame Fleury ne connaît pas les objectifs.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Difficile de décrire le contenu.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Le projet de soins institutionnel n'étant pas une référence, il ne peut pas être répondu aux questions.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Le projet d'établissement n'étant pas connu, il est impossible de continuer l'entretien donc nous décidons de consulter ensemble le projet d'établissement et de découvrir le projet de soins.

Le projet de soins comporte les chapitres suivants :

- Descriptif des personnels paramédicaux et des salles de rééducations ;
- Une analyse de la population et l'évaluation des besoins (les pathologies et troubles associés, la répartition des pathologies sur les effectifs) ;
- Les prestations de soins ;
- Le projet éducatif, pédagogique et thérapeutique ;
- Le projet thérapeutique (2 pages) ;
- Définition des métiers ;
- Un écrit sur les perspectives.

Dans le paragraphe sur les perspectives, sont retrouvés des orientations en formation (aspirations endo trachéales, l'éducation thérapeutique), le projet de travail en relais des kinésithérapeutes salariés avec les libéraux, certains glissements de tâches vers les AMP et aides-soignants (appareillage avec l'aide-soignant, mise en place des appareillages par les AMP, etc.), un projet d'accueil des stagiaires pour les équivalences de diplômes, le développement d'une forte coopération entre les professionnels de santé mais également avec le secteur sanitaire, social et médico-social (partenariat et conventions), un projet concernant les troubles sévères du langage (création d'un SESSAD TSL à partir de places IEM), projet d'intensifier la rééducation chez les enfants de moins de sept ans malgré une pénurie de professionnels en particulier en kinésithérapie, le projet d'une formation EMFG Evaluation Motrice Fonctionnelle Globale pour avoir une vision globale (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien), pour pouvoir répondre aux glissements des compétences, pour adopter un langage commun au niveau moteur (formation non encore effectuée).

Nous continuons l'entretien avec ces éléments découverts ensemble.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, le projet de soins institutionnel peut-être un outil d'amélioration des pratiques, car les choses sont clarifiées (au niveau aide-soignant, AMP) à la condition que le contenu du projet de soins le soit par les principaux intéressés.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Oui, le projet de soins est à disposition dans le hall mais une fois écrit, il ne sert pas d'appui aux pratiques.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Réponses ci-après

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Sont mis en avant le facteur temps et le manque d'implication des professionnels malgré des réunions en amont. Sur quoi mettre le manque d'implication des professionnels ? : L'implication est variable suivant les personnes, il faudrait plus de réunions d'information et de communication par rapport au projet de soins auprès des professionnels.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

RAS

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

RAS

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

RAS

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

RAS

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Pas de fiches actions ni des objectifs à atteindre. Il s'agit de projections générales.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

RAS

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Le fait de connaître le projet de soins préciserait l'action des thérapeutes et apporterait une réassurance à certains d'entre eux. Le fait de le relire précise la priorité de l'engagement thérapeutique auprès des usagers.

Cela fait un rappel des priorités, cela renforce et conforte l'importance des actions menées. Cela pourrait amener plus de sens dans les pratiques, cela permettrait de redéfinir les tâches, les rôles, même si ce sont des choses faites tous les jours. « On devrait le lire une fois par an ».

Cela a donné envie à Madame Fleury de le faire redécouvrir aux professionnels de terrain. Cela désacralise le projet d'établissement en le redécouvrant.

Annexe XVI – Grille d’entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : cadre de direction

Date de l’entretien : 17 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : Madame Sophie Marchandise

Fonction : Cadre de direction

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 18 ans

Date d’entrée dans l’établissement : 11 ans

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- [Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement](#)

Pas de projet de soins spécifique car ambition d’une prise en charge globale. L’offre de service est déclinée dans le projet d’établissement.

- [Dernière date du projet ou de sa réactualisation](#)

2018-2023

- [A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins \(méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des événements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres\)](#)

Comité de pilotage qui s’est appuyé sur le comité de bientraitance qualité avec directeur, cadres de direction, responsable qualité développement du Gapas, les 2 personnes qui sont personnes ressources qualité au sein des IEM (mandat pour 2 ans, issus de l’équipe éducative ou paramédicale).

Construction collaborative. Sur des thématiques de l’ANESM. Sur inscription en mixant les 2 IEM.

Une partie sur la prestation médicale, paramédicale (2 infirmières, 1 kiné et l’orthophoniste).

- [Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet \(médecin, chef de service, autre\) ?](#)

Rédacteurs nommés mais pas nécessairement un pilote cadre. Un rendu d’écrit soumis au COPIL. Une validation générale de l’ensemble des professionnels.

- [Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?](#)

Sur une année. Chaque groupe devait s’organiser sur 4 h 00 sur l’année (concertation et écriture).

Objectifs : faire émerger des objectifs et les traiter par fiches actions. C'est le Copil qui a extrait les fiches actions du corps de texte.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

C'est un descriptif des prestations médicales et paramédicales. Les fiches actions sont d'ordre général. La prestation se décline dans les fiches actions générales. Il aurait pu y avoir des fiches actions spécifiques pour le médical, paramédical.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

L'objectif est que les professionnels s'appuient dessus.

L'objectif est d'aller s'appuyer sur les milieux de vie ordinaire. Cela questionne les pratiques sur les 5 années à venir. L'organisation va être questionnée quant aux prises en charge dans leur ensemble. Ce qui peut être fait à l'extérieur sera fait en extérieur. Les paramédicaux sont plus insécurisés que les éducateurs car cela fait plus partie de la culture de ces derniers. Pas de fiches actions à ce sujet mais c'est un fil rouge car tous les autres fiches actions vont être travaillées au travers de ce projet.

Il y aura un appel à candidature pour constituer un comité de pilotage sur l'ensemble des services du GAPAS à destination enfants (IEM, IME la pépinière, pôle déficients visuels) pour travailler sur la planification de la transition inclusive.

Améliorer les pratiques ? Oui, car dans ce modèle inclusif, l'enjeu sera la coordination du parcours, lien à faire pour les différentes interventions pour que cela prenne sens et que tous soient dans le même projet (tous les acteurs du projet de l'enfant, kinésithérapeute, enseignant, etc.).

Cela permettrait de placer du sens, un cadre de référence qui va permettre de définir les missions, la place de chacun dans le parcours de l'enfant. Dans le modèle inclusif, travail avec des personnes qui n'ont pas les mêmes références (kinésithérapeutes libéraux). Le projet devrait être aidant à la condition que les libéraux trouvent leur place dans ce dispositif.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Des fiches actions sont présentes.

Ce sont les besoins de la population et les injonctions du cadre légal, le projet associatif du GAPAS (action citoyenne sur la société et l'inclusion) qui définissent les objectifs.

Inclusion des équipes : discussions au quotidien, une journée de formation (notion de transition inclusive, valorisation des rôles sociaux, normalisation et processus de production du handicap avec des Québécois).

L'aspect projectif est important car le projet, c'est la vie, rappelle la manière temporelle de notre action, amène de la flexibilité, cela impulse la dynamique du changement, une culture du changement.

Aspect projectif dans les pratiques : de l'insécurité ou un défi à relever, être stimulé mais aussi perte des habitudes, remise en question de la culture professionnelle. C'est positif.

C'est l'objectif d'améliorer la qualité de l'accompagnement, d'anticiper les besoins futurs de l'utilisateur et donc d'améliorer les pratiques en face des besoins.

Pourquoi ? Cela peut être un facteur de démotivation pour certains professionnels donc pas forcément à court terme une amélioration mais c'est ambitionné sur du long terme.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

C'est un cadre de référence car c'est une autorité faite par tous les professionnels. La direction s'en sert au quotidien, se renvoie au document de référence.

Pour les équipes ? C'est la première fois qu'il est écrit pour tous donc la direction espère que ce sera un document de référence pour les équipes et qu'il sera légitime.

Une cérémonie officielle festive a inauguré la présentation du document (les fiches actions ont été détaillées).

Sur les fiches actions, un diagramme de Gantt a été élaboré pour traiter les fiches actions. Le projet de former un binôme sur chaque fiche action.

Série 5 Ecarts théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Oui, un écart entre le projet comme attendu théorique et le projet sur le terrain, les équipes vont parfois au-delà ou alors il y a des freins.

Ecarts : démission d'une orthophoniste, du mal à recruter donc la prestation en orthophonie sera difficile à dispenser.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Cela va être compliqué d'impliquer des salariés qui vont arriver car ils n'auront pas travaillé sur le projet.

Les freins : question d'adhésion aux fiches projets, sur des questions de compétences (on va demander aux professionnels de terrain d'amener leur soutien à l'extérieur donc cela change leur compétence). Les problématiques complexes vont rester donc est-ce que le projet des jeunes va encore correspondre aux salariés ?

Tout le monde est d'accord pour donner une place à l'inclusion mais sur le terrain c'est plus compliqué à accepter, cela est difficilement acceptable par les kinés.

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

RAS

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

RAS

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

RAS

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Besoins de l'utilisateur. Voir plus haut

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

RAS

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

RAS

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Ce n'est pas parce que le modèle actuel est rejeté que les professionnels perdent leur amélioration des pratiques.

Oui, cela peut être préjudiciable car cela peut démotiver mais sur du court terme et sur une phase de changement.

Annexe XVII – Grille d’entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : médecin MPR

Date de l’entretien : 17 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : DEBARBIEUX Clotilde

Fonction : Médecin de médecine physique et de réadaptation

Date d’entrée dans le secteur médico-social : avril 2011

Date d’entrée dans l’établissement : janvier 2017

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

On vient de refaire le projet d’établissement. Pas de chapitre projet de soins, ne peut pas l’affirmer.

Un descriptif de l’accompagnement médical et paramédical (prévention à la santé par exemple).

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

2013/2018

2018/2022 refait

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Pour le projet dans sa globalité : groupes de travail pluridisciplinaires. Une personne a été embauchée en CDD pour le finaliser (formation qualité) pour la partie écriture à partir de tous les éléments issus des groupes de travail en s’inspirant du projet précédent. Le docteur n’a pas spécialement travaillé la partie soins avec les équipes.

- Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Des pilotes dans chaque groupe de travail. Le docteur venant d’arriver dans la structure, n’a pas été pilote. Le pilote dans lequel le docteur a travaillé était cadre.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Deux réunions dont une sans le docteur pour son groupe. Ne sait pas pour les autres groupes, sur un mois de temps. Durée de réunion 2 h 00.

Pas de documents de travail sur lesquels se baser.

Donner des définitions de chaque profession.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Descriptif du fonctionnement médical et paramédical.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Il a été présenté à l'ensemble de l'équipe par la Direction (les 2 IEM Le Passage et la Source).

C'est plutôt une bureaucratie, travail énorme, couteux en temps et en énergie pour ce que l'on en retire derrière. Il faut le faire parce que cela est obligatoire.

Comment le verriez-vous ? Autour du projet, réflexion sur ce qui est proposé et sur les modifications qui en ressortent. Par exemple : répartition des jeunes sur les groupes, répartition en lien avec le projet d'établissement.

Cela permettrait de se poser des questions, de voir si ce que l'on fait est bien et si on peut faire autrement.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Il existe 9 fiches actions (la place des familles, l'accompagnement à la vie sexuelle et affective, l'orientation et la sortie, le projet individualisé, l'accompagnement éducatif, développer le volet pédagogique, le projet de l'internat, répondre à l'évolution des besoins des personnes accompagnées, création d'un SESSAD).

A titre individuel, le docteur se sent actrice de la thématique sur la place des familles mais ce, déjà avant le projet (parents présents à la consultation, demander l'avis des familles, etc.).

Le docteur se reconnaît dans les valeurs décrites dans les fiches actions.

Inclusion des équipes paramédicales : pas de réponse.

Importance des fiches actions dans les pratiques : c'est surtout source d'angoisse pour les paramédicaux, le changement fait peur, crainte de ne plus être à leur place. On parle d'inclusion, de changement de rôle des professionnels, avoir plus un rôle d'expertise, de conseil auprès des libéraux qui feraient le travail, perte d'une orthophoniste qui n'a pas adhéré.

Voir si ces changements ont été écrits dans le projet ? En tous les cas, cela a été présenté en réunion et aussi par le biais d'une sensibilisation sur une journée avec 2 intervenants extérieurs sur l'inclusion et un voyage apprenant est organisé sur le Québec (rencontre avec des professionnels et des structures travaillant sur l'inclusion). C'est le GAPAS qui organise.

Il existe donc un projet d'inclusion des jeunes dans les milieux de droit commun avec les rééducations en libéral. Pour le docteur, cela ne changera pas ses pratiques car les consultations auront toujours lieu sur place. Le docteur insiste sur le fait de garder le rôle du médecin traitant.

Le docteur essaye d'être à l'écoute des équipes pour faire remonter les questionnements et inquiétudes. Pas de chef de service paramédical.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Est-ce un outil d'amélioration des pratiques ? Pas assez de recul pour répondre.

Une évaluation externe a eu lieu. Le docteur est convaincu que cela peut aider. Ce sont les questionnements de l'enquêtrice qui ont fait prendre conscience des questions que se posait le docteur au départ. Questions au départ sur le médecin coordonnateur dans l'IEM du passage. La multiplicité des supports utilisés par les infirmières (surveillance poids, médicaments, etc.). Trop d'outils. Le Docteur et moi nous disons que cela pourrait faire l'objet d'un groupe de travail et d'une fiche action.

Le docteur se voit-elle intervenir sur le projet de soins à l'avenir ? : Oui, passée la période de découverte de l'établissement et des jeunes, le docteur libérera du temps pour influencer des dynamiques pour changer certaines choses. Ce sont des projets à moyen terme que le docteur a (outils pour les infirmières). Notre entretien fait réfléchir le docteur.

Le docteur ne connaît pas pour l'instant les protocoles à l'interne.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Le Docteur venant d'arriver ne peut répondre aux questionnements qui suivent.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?
- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?
- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?
- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?
- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?
- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?
- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?
- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Annexe XVIII – Grille d'entretien IEM Le Passage, GASPAS, Wasquehal : masseur-kinésithérapeute

Date de l'entretien : 17 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : FOREST Marine

Fonction : Masseur-kinésithérapeute

Date d'entrée dans le secteur médico-social : septembre 2010

Date d'entrée dans l'établissement : septembre 2010

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Oui, le projet d'établissement vient d'être refait. Le projet n'a pas été feuilleté. On y parle des soins mais est-ce que cela s'appelle projet de soins ?

Pas de participation au projet car en congés maternité. Les professionnels sont concertés sur des groupes de travail. Il va être envoyé par mail aux professionnels. Il a été présenté globalement en réunion. Le projet de soins explique les rééducations proposées, la prise en charge médicale et rééducative, les rôles de chacun.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

C'est important d'en parler car la rééducation est au cœur, au centre en IEM. Il faut montrer que la rééducation est importante en IEM. Cela montre le travail pluridisciplinaire aux parents, une prise en charge en équipe.

Sens dans les pratiques : au quotidien, Madame ne s'appuie pas sur le projet de soins ni sur le nouveau ni sur l'ancien. Chacun part de ses bilans pour les jeunes.

Amélioration des pratiques ? Non, car il est plus à destination des gens extérieurs pour présenter le soin.

Ce n'est pas un projet à proprement parler. C'est plus une description des soins. N'a pas vu évoluer les pratiques des professionnels.

Il y a un projet que, petit à petit, les jeunes aillent faire leur rééducation à l'extérieur car pas assez de rééducateurs, de temps de rééducation ici. A la fois par défaut de recrutement mais aussi c'est un projet d'inclusion des jeunes.

Les professionnels s'inquiètent de cette prise en charge extérieure.

Ce dernier projet inclusif n'est pas écrit concrètement dans le projet d'établissement et de soins. Le projet parle néanmoins d'évolution.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Ne pense pas que cela soit mentionné dans le projet. Se sent à l'écart des projets. On ne parle pas assez des soins. L'importance de la rééducation est mise de côté. Il faut que le patient soit acteur de sa rééducation.

C'est plus le projet individuel du jeune qui prévaut.

S'il y avait plus de projection dans le projet de soins, si on savait où aller au niveau des soins, cela permettrait d'accorder plus d'importance aux rééducateurs, aux soins, cela serait plus motivant.

Est-ce que cela pourrait améliorer les pratiques ? : Le fait d'y accorder de l'importance permettrait d'être plus reconnu et donc cela permettrait d'améliorer les pratiques en leur accordant plus d'intérêt de la part de tous.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Si le projet d'inclusion était travaillé avec les professionnels, cela permettrait de préparer l'avenir. Il faudrait d'emblée que l'avis des rééducateurs soit pris en compte pour assurer une qualité de soins dans les années à venir dans le cadre du futur projet inclusif. Il faudrait tenir compte des remarques des professionnels. Il faudrait construire ensemble.

Série 5 Ecart théorie et pratique

Oui.

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Non, ne correspond pas à la mise en pratique. En effet, un projet inclusif est prévu et non écrit en théorie dans le projet institutionnel.

Améliorations à prévoir ?

Il faudrait être plus sollicité. Il faut des professionnels de terrain pour construire le projet. Dans la théorie, on dit que l'avis va être demandé mais cela n'est pas fait en pratique. Cela inquiète les professionnels.

Pourquoi pas inclus ?

Cela dépend du personnel de Direction et de ses orientations, cela peut dépendre des formations de base des professionnels de Direction.

Le problème de temps peut être avancé aussi.

Cela manque d'organisation, manque de réunions.

Manque un pilote dans le secteur paramédical (pas de cadre paramédical).

Cela serait plus groupes de travail concret d'avoir des avec une action à travailler.

Annexe XIX – Grille d'entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : directeur

Date de l'entretien : 26 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : COQUEMPOT Hervé

Fonction : Directeur

Date d'entrée dans le secteur médico-social : 1989

Date d'entrée dans l'établissement : 2015

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Des paragraphes sont liés aux soins dans le projet d'établissement. Il a été écrit en 2012 et est en cours de réécriture.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

2012/2017. En cours de réécriture.

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Méthodologie propre à l'association : groupes de travail qui doivent réfléchir au projet de soins (Docteur Canu, kinésithérapeute, Ergothérapeute, infirmière, AMP, aide-soignante, psychologue). A partir des caractéristiques de la population accueillie, de l'enquête ANAP, à partir d'un logiciel propre à l'association (recueil d'informations concernant les enfants).

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Le docteur est pilote.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Objectif : terminer le travail avec les équipes pour fin juin puis une phase de rédaction par la Direction.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Annexes 24 BIS et 24 TER.

L'axe est d'améliorer la prise en charge en s'adaptant à l'évolution du public car de plus en plus de 24 TER. Il y aura un descriptif de ce qui sera mis en œuvre pour atteindre les objectifs. Développer l'inclusion scolaire et améliorer la communication avec les familles, ces 2 objectifs toucheront le projet de soins. Objectif : se situer dans le cadre du médico-social au niveau du projet de soins (le distinguer du projet sanitaire). Le projet de soins dans un IEM est la pièce angulaire de la prise en charge, le médical est la base des autres projets. Les transports, les sorties, la pédagogie, l'alimentation seront étudiés en accord avec le médical.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens sur le projet : le projet de soins est la base du projet institutionnel.

Sens sur les pratiques de la Direction : Le projet de soins conditionne l'admission dans l'établissement (les enfants ont tous un handicap moteur qui justifie leur entrée).

Sens pour les professionnels de terrain ? : C'est leur feuille de route.

Améliorations des pratiques en plaçant du sens ? : Cela resitue l'établissement et cela conforte les professionnels dans leurs pratiques. Dans le projet, on parle d'une prise en charge pluridisciplinaire qui permet à chaque professionnel de se situer (séances conjointes entre professionnels, travail en partenariat pour le bien de l'enfant).

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

En plein travail actuellement avec une nouvelle trame. L'ancien projet était descriptif.

Pour le nouveau projet, plus des objectifs que des fiches actions. Les objectifs : développer l'inclusion, développer l'activité globale de l'établissement pour coller aux objectifs de tarification (travail sur l'absentéisme, éviter les hospitalisations trop longues, mettre en place des partenariats avec les centres hospitaliers proches), faciliter l'accueil des enfants au niveau des urgences.

Inclusion des équipes : les groupes de travail, la réunion hebdomadaire avec le Docteur Canu, réunion de l'ensemble de l'équipe, présenter les objectifs aux équipes.

Importance de l'aspect projectif : il faut savoir où l'on va, expliquer le pourquoi des décisions, de ce qui est mis en place.

Apport dans les pratiques ? : voir si les pratiques s'inscrivent dans le projet, cela permet de piloter l'intervention des professionnels et de les intégrer dans un objectif partagé.

Amélioration des pratiques ? : Cela crée une nouvelle dynamique à l'action de chacun sinon on se conforte dans l'acquis, cela empêche la routine.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Oui, pour tout le monde. On décline ce qu'il faut mettre en œuvre pour arriver aux objectifs. C'est le sens de la démarche qualité, voir ce que l'on fait, constater les écarts et améliorer de façon continue.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

C'est difficile de répondre car le projet est en cours. Sur l'ancien, c'était le fonctionnement d'une autre installation. L'évaluation de l'ancien projet de soins n'a pas été faite donc pas possible d'évaluer les écarts.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Pas de projection dans le précédent projet.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

RAS

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Moins de participation des équipes. Plus un travail de Direction pour répondre à la réglementation.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Oui, l'organisation du travail et le temps.

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

RAS

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

RAS

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

RAS

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Pas de remplacement possible.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Pas à ce point car les professionnels savent se remettre en cause et les professionnels se basent davantage sur les projets de soins individualisés.

Annexe XX – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : médecin MPR

Date de l’entretien : 26 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : Docteur CANU Sylvie

Fonction : Médecin MPR

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 2002

Date d’entrée dans l’établissement : 2005

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n’est pas existant, sur quoi s’appuie le projet de soins de l’établissement

Oui, un projet existe.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

En cours de réécriture.

- A partir de quelles données et de quelles sources s’est construit le projet de soins (méthodologie propre à l’association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l’Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

On s’appuie sur l’ancien document. Qu’est-ce que l’on fait actuellement, diagnostic détaillé : ce qui est fait, vers quoi on veut tendre dans l’avenir, les freins et leviers, les leviers et ressources sur lesquels s’appuyer, les actions correctives et les moyens à mettre en œuvre (méthodologie associative). On va s’appuyer sur des documents ARS, recommandations HAS, le Docteur apporte des documents bibliographiques.

- Qui a été chargé de l’élaboration et de l’écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Le Docteur fait partie du groupe projet de soins en tant que coordonnateur avec des paramédicaux (kinésithérapeute, infirmière, ergothérapeute), une psychologue et une éducatrice.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Voir ci-dessus (participation et objectifs).

Cadre : réunions de travail avec des groupes d’écriture de projet. Cela commence et va se poursuivre sur une durée de 3 mois.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

C'est actuellement un projet descriptif des missions de chacun et des procédures de soins, d'admission, etc.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens du projet de soins actuel : trame qui régule et permet de prendre en charge et d'organiser le suivi de la personne porteuse de handicap.

Sens pour vous-même : permet de travailler en pluridisciplinaire dans le respect de la mission de chacun. Cela rend la prise en charge assez fluide alors que l'effectif est conséquent et que certains handicaps sont assez lourds.

Sens pour les professionnels : cela leur permet de donner du sens car cela leur permet de savoir dans quel domaine de handicap ils travaillent (handicap moteur qu'il ne faut pas oublier, ex : positionnement, accessibilité des jeunes en fonction de leurs possibilités par rapport à l'environnement, verbalisation, anticipation, etc.).

Comment on en fait le constat ? Ce sont des préoccupations qui remontent du personnel de terrain et cela fait souvent l'objet d'une analyse et de mise en place d'une réflexion lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire.

Le projet améliore-t-il les pratiques ? : Le projet donne le cadre de leurs actions aux professionnels, c'est un référentiel qui les guide, pour la mise en place de projets, d'actions, de demandes de formations à partir du cadre du projet.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Projections ? : Des projections dans le cadre de la prise en charge de la scolarité spécialisée et des troubles du comportement dans l'ancien. En ce qui concerne le soin, le Docteur voudrait affiner le travail avec les enfants hospitalisés (grille d'évaluation des troubles de la communication chez la personne polyhandicapée pour créer des outils, aller aux urgences avec cet outil, la formation a été faite à l'interne et le Docteur voudrait maintenant finaliser cette formation et créer un outil qui faciliterait les échanges et les prises en charge extérieures). Ce sujet pourra faire l'objet d'une fiche action. Au niveau de la douleur, utilisation de la San Salvador actuellement (réflexion à mener sur l'utilisation d'une grille plus facile : FLACC). Cela sera planifié dans la phase « Vers quoi on veut tendre ». Autre projet : poursuivre l'évaluation en orthophonie à l'adolescence et chez le jeune adulte polyhandicapé (intérêt d'une réévaluation).

Comment identifier les objectifs ? : A partir des problématiques identifiées lors des bilans annuels établis par le Docteur.

Inclusion des équipes ? : Les objectifs viennent au fur et à mesure de l'évaluation faite du projet actuel avec les équipes du groupe de soin. On se rend compte que des objectifs ne sont pas atteints. Cela permet une réflexion des pistes à améliorer et toute l'équipe est concernée.

Aspect projectif pour les professionnels ? : Cela va motiver à mettre en place des actions et permettre d'évaluer et d'analyser les pratiques actuelles.

Apport du projectif dans les pratiques ? : On doit toujours être vigilant sur le respect du projet et sur les actions mises en place pour atteindre les objectifs, c'est une remise en question constante des professionnels (besoin de formations, de moyens...).

Améliorations des pratiques : Cela contribue à améliorer les pratiques. Cela permet une meilleure évaluation des problématiques. Cela a permis d'améliorer et d'affiner la prise en charge des enfants (des formations ont été réalisées, des recrutements de personnels formés). C'est l'aspect projectif du projet qui a permis d'améliorer la prise en charge rééducative, éducative et le projet de vie des usagers. L'aspect projectif apparaissait dans le projet suite à des réflexions menées en amont. De fait, l'amélioration s'appuie sur les constatations des pratiques des professionnels de terrain.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Voir paragraphe ci-dessus.

Série 5 Ecarts théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Oui, il y a des écarts car il y a toujours des éléments qui vont faire que l'on trouve que c'est insuffisant ou des stratégies qui se révèlent trop lourdes ou pas adaptées. C'est cela qui fait l'intérêt de la réévaluation permanente du projet de soins.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Absence de pertinence du moyen mis en place.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

RAS

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

Manque de temps

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

RAS

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Une mauvaise évaluation de la problématique (les besoins de l'utilisateur par exemple).

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Un manque de ces outils cités.

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Pourrait être un frein.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Oui, cela est préjudiciable et peut-être un frein à l'amélioration des pratiques.

Annexe XXI – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : infirmière

Date de l’entretien : 26 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : DUCHATEL Elodie

Fonction : Infirmière

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 2007

Date d’entrée dans l’établissement : 2007

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l’élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Pas beaucoup de connaissance de l’ancien projet car l’ancien Directeur en avait assuré la rédaction. Le nouveau projet est en cours d’écriture et c’est la première fois que Madame est impliquée dans l’écriture du projet. Madame a assisté à un premier groupe de travail cette semaine. Chaque professionnel devait s’inscrire sur différents groupes de travail et donc Madame a choisi le projet de soins.

Comment le travail se fait ? : Document remis (dernier projet de soins). D’abord réécriture de ce qui est fait actuellement. Après, ce vers quoi on veut tendre, les freins, comment y arriver.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu’il les améliore ?

A quoi sert le projet ? : Madame se le demande au regard de l’ancien. Pourquoi ? : a l’impression que c’est un récapitulatif du quotidien et du mode de fonctionnement. C’est comme si on donnait un livret d’accueil aux familles.

Le sens du projet ? : Très bon détail de ce que l’on fait mais ne voit pas en quoi c’est un projet à proprement parler.

Que lui manque-t-il pour que ce soit un projet ? : Peut-être la façon dont il est rédigé. Il faudrait des objectifs bien détaillés sur ce que l’on souhaite faire, sur ce qui n’existe pas ou qui n’est pas bien fait, ce que l’on souhaiterait mettre en place ou améliorer. C’est le souhait du groupe de travail actuel.

Sens dans les pratiques d’infirmière ? : Ne s’en sert pas car ce qui est écrit est ce qui est fait. Cela ressemble à une fiche de poste.

Amélioration des pratiques ? : Non en l'état actuel car rien d'exploitable. De plus, manque d'inclusion dans la réflexion du précédent projet.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Non, pas d'objectifs ni de fiches actions.

Pas d'inclusion car pas de projection.

Dans le futur projet, Madame ne sait pas encore car actuellement le travail en est à son début. Madame commence à voir ce qu'est un projet dans le cadre du groupe de travail.

S'il y avait des objectifs, est-ce que cela permettrait d'améliorer vos pratiques professionnelles ? : Oui, car cela permettrait de se remettre à niveau, cela permettrait de faire des recherches en groupe. Si on prévoyait de faire des choses sur un an, deux ans, cela permettrait de mettre des échéances pour évaluer ce qui était prévu.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Non, pas actuellement avec le projet actuel. Pourquoi ? : Pas d'objectifs. Il manque des objectifs.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Oui, des écarts existent car il n'y a pas d'objectifs.

Améliorations dans la théorie : participation du personnel qui permettra une meilleure compréhension et ensuite une implication.

Dans la pratique, le fait de mettre des objectifs sur du court, moyen et long terme permettrait de rendre des comptes au sein de la structure. Que verriez-vous comme objectifs ? : Des pistes de travail, des objectifs, permettraient d'apporter des nouveautés, des actions de santé, d'améliorer les pratiques.

Annexe XXII – Grille d’entretien IEM Pierre Cazin, La Vie Active, Anzin-Saint-Aubin : masseur-kinésithérapeute

Date de l’entretien : 26 avril 2018

Nom et prénom du professionnel : CORDONNIER Laurence

Fonction : Masseur-kinésithérapeute

Date d’entrée dans le secteur médico-social : 01 avril 2009

Date d’entrée dans l’établissement : 01 avril 2009

Cadre et objectifs de l’entretien. Dans le cadre d’un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d’un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L’interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s’efforcera d’installer une relation de confiance, de se placer en position d’écoute éthique et laissera à l’interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s’interdisant d’interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l’établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d’analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l’Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l’entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l’élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Oui, un projet de soins existe dans le projet d’établissement. Il a cinq ans et le nouveau projet est en cours de rédaction.

Pour l’ancien projet : c’est l’ancien Directeur qui s’était chargé de sa rédaction. Pour le nouveau projet, des groupes de travail pluridisciplinaires sont constitués. Madame Cordonnier fait partie du groupe de travail sur le projet de soins qui a démarré il y a deux jours. Relecture de l’ancien projet, état des lieux de ce qui est fait et comparaison avec ce qui était écrit pour en déduire ce qui sera à améliorer.

Pas de connaissance de l’ancien projet qui est découvert actuellement dans le cadre du groupe de travail. Madame pense que l’ancien projet était à disposition dans le bureau « écrits professionnels » mais il faut avoir le temps ou la nécessité de rechercher une information pour aller le consulter. Spontanément, il n’était pas consulté.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu’il les améliore ?

A quoi sert le Projet de soins institutionnel ? : C’est la trace écrite de ce qui est fait, sert aux financeurs de la structure (besoin de savoir ce qui est réalisé au sein de l’établissement et pouvoir rendre des comptes), sert aux parents en recherche d’un établissement, peut-être que certains parents recherchent des informations.

Le sens du projet : cela laisse une trace sinon ce n’est que de l’oral. Si un nouveau professionnel arrive et doit le défendre avec les instances, il n’aura pas de trame écrite, il ne pourra pas se faire une idée du projet (exemple : défendre un budget, défense juridique, comment savoir si les procédures sont respectées).

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Le sens que cela a pour vous : cela permet d'acter des choses mises en place spontanément mais pas écrites, cela permet de l'écrire dans le nouveau projet et cela fait partie de la communication transdisciplinaire. Si on constate une difficulté, quelque chose de pas logique, cela permet de revisiter les procédures.

Ce qui est présent dans l'ancien projet : les procédures d'accueil de l'utilisateur, d'admission, de préadmission, une partie médicale et rééducative avec les bilans d'entrée (Madame Cordonnier est arrivée à cette étape de relecture qui n'est pas finie et ne connaît pas le reste du projet car ce sont d'autres groupes de travail qui se chargent des autres parties).

Est-ce ennuyeux de ne pas avoir connaissance de l'ensemble ? : Non, pas gênant car dans la pratique quotidienne, Madame Cordonnier n'en a pas eu le besoin jusqu'à présent.

Sens dans vos pratiques de kinésithérapeute : ne pense pas que cela amène quelque chose, Madame pense que c'est plus une trace écrite de ce qui se fait actuellement.

Est-ce que cela peut améliorer vos pratiques en kinésithérapie ? : Pas au niveau technique. Dans le déroulement des procédures, cela améliorera peut-être la prise en charge de l'utilisateur. Comment ? : Peut-être sur le temps de réactivité (choses à mettre en commun), sur l'organisation des bilans à faire.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Objectifs, fiches actions dans le projet ? : Ne sait pas.

Projectif ? : Ne sait pas.

Travail sur l'état des lieux et pas encore sur des objectifs mais cela va certainement venir après car, après l'état des lieux, deux questions sont prévues : Comment on aimerait que cela soit ? Pourquoi ce n'est pas fait comme cela ? Qu'est ce qui nous en empêche ? Qu'est-ce que l'on pourrait mettre en place pour atteindre l'objectif ?

Objectifs prévus avec inclusion du personnel.

En lien avec les pratiques ? : Ne sait pas encore.

Amélioration des pratiques dans le cadre d'objectifs ? : Ne sait pas actuellement. Peut-être que Madame va découvrir que des choses pourraient être améliorées.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Outil d'amélioration des pratiques ? : Pas sûr que cela améliore les pratiques personnelles dans le cadre de la séance de kinésithérapie. Si c'est un terme qui rejoint la prise en charge globale, on va tendre à améliorer les pratiques car on va résoudre des petits dysfonctionnements, cela va améliorer l'articulation du travail des uns et des autres.

Pour améliorer les propres techniques du kinésithérapeute, que faudrait-il ? : On ne rentre pas dans les détails d'une séance pour que cela soit possible.

Pratiques réduites à la séance de kiné ? : Non, car Madame fait partie d'une équipe et donc elle adopte des consignes qui permettent de travailler en équipe dans l'établissement et en concertation avec les autres.

Est-ce que cela améliore vos pratiques globalement ? : Oui, cela peut le faire. Par exemple : si les séances se terminent à midi et qu'il faudrait les terminer à 11 h 55 pour permettre une prise en charge du repas plus vite, la consigne serait

suivie. Cela aura été une réflexion d'équipe pour améliorer le confort de l'utilisateur et, à ce moment-là, le changement de pratique permettrait d'y répondre en terminant cinq minutes plus tôt.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Oui, des écarts car le projet est fait à l'instant T et les choses évoluent et parfois des choses que l'on pensait possible ne le sont pas en pratique. On se rend compte de choses écrites qui ne sont plus d'actualité.

Améliorations à voir ? : Pas assez d'expérience sur l'écriture du projet d'établissement pour répondre mais peut-être faudrait-il le réactualiser plus souvent.

Annexe XXIII – Grille d'entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : directrice

Date de l'entretien : 22 mai 2018

Nom et prénom du professionnel : Madame POIRET

Fonction : Directrice

Date d'entrée dans le secteur médico-social : 2002

Date d'entrée dans l'établissement : Octobre 2008

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Une partie est dédiée aux soins dans le projet d'établissement.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Janvier 2018, réécrit complètement. Un IEM et un dispositif ITEP donc projet commun avec un fil rouge.

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des événements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

A partir des évaluations interne et externe en tenant compte des résultats des deux.

A partir de l'étude de la population avec les données des cinq dernières années pour axer les projets en fonction de l'évolution de la population (Docteur Gabou).

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Le médecin MPR Docteur Gabou.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Plus de 6 mois de travail avec les infirmières, rééducateurs et psychologues sous la responsabilité du médecin.

Sur des temps de réunions.

Objectifs : mettre en avant les spécificités des populations accueillies sur l'ITEP et l'IEM car nette transformation de la population accueillie (troubles neuro et troubles des apprentissages et problèmes psychologiques associés pour l'IEM). Comment gérer la complexité des populations dans le projet de soins ?

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

Le projet s'appelle « Prendre soin ».

Réajustement des objectifs.

Comment se déroule le parcours de soin de l'utilisateur.

Préparation à la sortie de l'utilisateur.

Tout ce qui concerne la détresse psychique (entretiens, groupes de parole, techniques).

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Sens du projet : Le projet pose les limites pour les professionnels, guide avec des objectifs donnés.

Sens pour la direction : Objectif pour tendre vers une formation validante donc tous les objectifs convergent (pédagogique, éducatif et soins). Chaque partie présente du sens et est indissociable des autres pour un but commun.

Sens pour les professionnels et leurs pratiques : la participation à l'élaboration est importante. La difficulté est de faire vivre le projet après son élaboration pendant cinq ans. La phase d'élaboration sert à se questionner mais passée cette phase, moins sûre que ce soit un outil du quotidien.

Les professionnels peuvent s'écarter facilement du projet. Cette mécanique de référence au projet n'est pas systématique : c'est le vécu du terrain.

Le projet amène à se questionner sur les pratiques, permet le bilan, ce qui est bien fait, réinterroge les pratiques, comment faire mieux. C'est un outil de questionnement dans les pratiques. Sur la partie soins, permet une expertise des pratiques (en mettant en place des formations, en développant des compétences plus fines par exemple sur les troubles des apprentissages).

Le projet amène à écrire les pratiques, à les tracer et à les améliorer.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Pas de fiches actions.

Des objectifs de travail sont posés à partir de l'évaluation de la population, du précédent projet. Equipes incluses dans l'élaboration.

Aspect projectif : permet d'inscrire les professionnels dans le dynamisme. L'objectif est un repère. Pourquoi est-ce important ? : C'est un bon outil de prévention du burn out, permet de ne pas se retrouver dans le train-train quotidien, il y a encore des choses à faire, c'est une prévention de l'usure.

Apport de l'aspect projectif ? : Si on a un objectif, on va devoir le mesurer, l'évaluer, cela fait bouger les pratiques, roue de Deming en permanence, les pratiques sont sans arrêt évaluées et donc évolutives.

Amélioration des pratiques des professionnels : projet pas assez projectif. La partie projection est plus compliquée. C'est cette partie qui va faire bouger les pratiques. Se poser de nouveaux objectifs va permettre de bouger. C'est quelque chose à améliorer dans le prochain projet. Le projet est souvent un récit de vie.

Le projet permettrait d'anticiper les évolutions futures donc d'améliorer les futures pratiques. Cela permettrait d'envisager le long terme, permettrait de proposer des choses plus en adéquation avec la population donc d'améliorer les pratiques en fonction.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

C'est un outil d'amélioration des pratiques pour la direction, permet de prendre en compte la composante médicale, d'ajuster les besoins, les ressources. Il faudrait améliorer l'aspect des objectifs.

De celles de vos équipes ? Oui. Voir avant pour le pourquoi. C'est une appropriation de chacun, comment se l'approprier ? On part des idées de chacun, on construit un outil collectif et ensuite individuellement, c'est permettre à chaque professionnel d'y faire référence. Il n'est pas figé pour cinq ans. On peut s'autoriser à réécrire une partie du projet, à le réajuster au cadre juridique.

Que manque-t-il ?

La question des fiches actions que l'on pourrait extraire serait un bon repère, serait un bon repère avec des indicateurs, un plan d'actions qui se déclinerait en fiches serait un plus.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

Ecart entre le projet et la réalité du projet sur le terrain. Peut-être à cause de la planification (on a posé des actions mais elles ne sont pas inscrites dans le temps, pas de délai donc cela peut mettre du temps à se mettre en place). On s'inscrit dans une temporalité, cela permettrait d'avoir moins d'écart. Si pas de temporalité, pas de notion projective et cela favorise l'écart entre ce qui est écrit et ce qui est fait.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Il faudrait une vraie méthodologie de suivi du projet avec un comité de suivi et une inscription des professionnels dans les réunions de service.

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Voir réponse ci-dessus.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Les professionnels et leur qualification ne sont pas un frein au contraire.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

C'est surtout l'utilisation du temps pour être dans un équilibre (service auprès de l'utilisateur et démarche qualité dans son ensemble).

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

C'est le management du projet à mettre plus en cause. Le management doit se poser la question de comment faire vivre le projet.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

Non, pas à ce niveau que cela se joue.

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Les outils de suivi permettraient de diminuer les écarts (PAQ global mais il faudrait un PAQ par service). Avoir un point régulier dans les réunions de service pour voir l'évolution du projet.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Question du temps pour faire vivre le projet. Comment construire une méthodologie de suivi du projet qui ne soit pas top chronophage car cela dégoûte les professionnels et est vécu comme un fardeau.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Non, cela n'empêche pas car il y a d'autres outils (entretiens professionnels, actions de formation, etc.).

Annexe XXIV – Grille d'entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : médecin MPR

Date de l'entretien : 22 mai 2018

Nom et prénom du professionnel : Docteur GABOU

Fonction : Médecin MPR

Date d'entrée dans le secteur médico-social : 2003 fin janvier

Date d'entrée dans l'établissement : 2003 fin janvier

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Recensement des éléments généraux autour de la construction du projet de soins

- Existence ou non du projet de soins institutionnel. Si le projet de soins institutionnel n'est pas existant, sur quoi s'appuie le projet de soins de l'établissement

Une partie soin dans le projet d'établissement. Un point est fait en fin d'année avec les équipes pour réactualiser en fonction des troubles associés nouveaux de la population.

- Dernière date du projet ou de sa réactualisation

Janvier 2018.

- A partir de quelles données et de quelles sources s'est construit le projet de soins (méthodologie propre à l'association, à partir des évaluations internes et externes, à partir des évènements indésirables, du projet de loi national de santé, du projet régional de santé, à partir de demandes de l'Agence Régionale de Santé, de changements prévisibles dans la structure, autres)

Projet réécrit en fonction des nouveaux troubles associés de la population, en fonction des évènements indésirables qui ont mis en avant les difficultés, en fonction des questions qui reviennent dans les réunions de synthèses cliniques (une fois par semaine avec toute l'équipe paramédicale et le docteur), en fonction des réflexions et des difficultés dans le cadre du suivi des projets des usagers mis en commun avec l'éducatif et le pédagogique (questionnement du projet de soins / pédagogique et éducatif pour avoir un axe commun pour être plus efficace et amener une réponse plus rapide, plus optimale sur les difficultés repérées).

- Qui a été chargé de l'élaboration et de l'écriture du projet (médecin, chef de service, autre) ?

Le docteur, la neuropsychologue et l'orthophoniste pour l'élaboration suivant les parties du projet. Pour la rédaction, la neuropsychologue et l'orthophoniste.

- Qui a participé à sa réflexion, comment, dans quel cadre, sur quelle durée et avec quels objectifs ?

Tout le secteur paramédical a participé car chacun connaît sa partie, est près du quotidien de l'utilisateur. Les difficultés sont repérées sur les réunions cliniques. Une réunion trimestrielle pour réfléchir sur les difficultés. Le docteur est présent sur un temps éducatif, l'orthophoniste et la neuropsychologue, parfois le docteur sur le temps pédagogique. Les réunions permettent de repérer les difficultés.

Objectifs du projet de soins : projet d'intégration sociale et professionnelle, projet d'autonomie.

- Ce qui apparaît ou pas dans le projet de soins de manière large

La manière dont on fonctionne (état des lieux à l'entrée sur le plan des rééducations, des actes de la vie quotidienne avec les infirmières, mise en avant des richesses, accompagnement des usagers, déclinaisons des prises en charge, liens avec les autres secteurs, etc.), comment on travaille.

Série 2 Sens et pratiques

- Quel sens placez-vous sur le projet de soins institutionnel ? Quel sens en retirez-vous à titre professionnel pour vous-même ? Pensez-vous que le projet de soins institutionnel présente du sens pour les professionnels de terrain et sur leurs pratiques ? Pourquoi ? Comment et à partir de quels outils en faites-vous le constat ? Pensez-vous que le projet améliore les pratiques des professionnels en plaçant du sens sur leurs pratiques ?

Chaque année, constat à faire. Chaque fin d'année, autocritique, voir ce qui a fonctionné ou pas, pour avoir un retour d'efficacité, quand cela fonctionne pour aller plus loin. Pour le docteur, c'est une base de référence.

Sens pour les professionnels : Oui, car si pas de sens pour les professionnels, cela n'aura pas de sens pour l'utilisateur. Il faut que tout le monde soit convaincu. Sur les pratiques ? : Amélioration car cela oblige les professionnels à avoir un regard ouvert, à s'adapter aux usagers, à intégrer les spécificités des jeunes, à adapter leurs prises en charge, demande aux professionnels de changer et d'adapter leurs pratiques, les pratiques ne sont pas figées.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- Le projet présente-t-il des projections (objectifs, fiches actions, etc.) ? Comment les objectifs sont-ils identifiés et à partir de quoi ? Comment y incluez-vous les équipes ? Pensez-vous que l'aspect projectif soit important pour les professionnels ? Pourquoi ? Qu'est-ce que l'aspect projectif leur apporte dans leurs pratiques ? Pensez-vous que les pratiques peuvent être améliorées quand le projet est projectif, pourquoi ?

Des objectifs sont définis. Les supports et méthodes sont ensuite déclinés par les rééducateurs dans le cadre des projets individualisés.

Pas de fiches actions.

Aspect projectif serait intéressant mais chronophage. Il est difficile de dégager du temps pour ces écrits. On échange beaucoup à l'oral mais l'écrit est facteur de temps. Pourquoi ? : Les fiches actions seraient intéressantes pour se repérer, quand on a des difficultés, cela permettrait de s'y référer, cela permettrait de se replacer dans les objectifs et de rester dans la distance par rapport à l'utilisateur, de garder une ligne directrice de conduite. Cela aiderait dans ce sens-là. Cela permettrait de voir l'évolution des pratiques, de voir les objectifs remplis. Actuellement, il faut rappeler de quoi on part. Les professionnels arriveraient à avoir une meilleure lecture de leurs pratiques professionnelles, de leurs prises en charge, de leur progression.

Série 4 Projet de soins institutionnel et améliorations des pratiques

- Diriez-vous que le projet de soins institutionnel est un outil d'amélioration de vos propres pratiques ? De celles de vos équipes ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Sur quels outils vous basez-vous pour en faire le bilan ? Que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Outil d'amélioration ? Oui, cela oblige à avoir une réflexion globale et efficace, oblige à sortir, à aller voir de de façon plus large l'usager, de sortir de son cadre propre professionnel (ex : vérifier l'efficacité de la prise en charge dans le quotidien, un kinésithérapeute qui voit l'usager dans un cadre sportif puis qui voit le jeune dans son autonomie sans sa présence). Cela permet une amélioration des pratiques de tous les intervenants, y compris entre eux.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous des écarts entre la théorie du projet de soins institutionnel (élaboration, participation, évaluation, mise en œuvre, etc.) et la pratique du terrain ? Lesquels ?

On arrive toujours à mettre en place.

Les fiches actions permettraient de se repérer plus.

Si l'interviewé a repéré un ou plusieurs écarts, les questions suivantes s'efforceront d'en faire préciser les causes possibles.

Série 6 Causes des écarts

- Selon vous, quelles pourraient être les causes de cet écart ou de ces écarts ?

Si besoin pour aider à la réflexion de notre interlocuteur, nous pourrions nous appuyer sur les questions suivantes.

- Une méthodologie d'élaboration du projet avait-elle été retenue (l'organisation, le participatif, réunions, groupes de travail, règles de travail, etc.) ?

Les fiches actions mériteraient une méthodologie de réflexion et de rédaction. Les fiches actions permettraient d'avoir des indicateurs de progression et d'efficacité.

- Quels avaient été les participants (la main-d'œuvre, qualification, missions, rôle, motivation, autres) ?

Faute de formation dans le domaine de la méthodologie et organisation du travail.

- Dans quel contexte (le milieu, l'organisation du travail, conditions de travail, poste de travail, le temps, etc.) ?

RAS

- Avec quel management (comité de pilotage, approche par processus, communication, objectifs, autres) ?

Idem, manque de formation dans le domaine de la méthodologie et organisation du travail. Il faudrait que le management puisse le partager avec les équipes. Il ne faudrait pas que la méthodologie soit imposée.

- A partir de quelles matières (usagers et besoins, identification des problèmes, documents de travail, recommandations, enquêtes, autres) ?

RAS

- Avec quels matériels (supports de travail, plans d'actions, fiches projectives, autres) ?

Les fiches actions permettraient d'avoir des indicateurs de progression et d'efficacité pour les professionnels.

- Avec quel impact financier (temps requis, remplacement des personnels participants, autres) ?

Défaut de temps.

- Pensez-vous que ces écarts soient préjudiciables aux pratiques professionnelles et qu'ils empêchent leur amélioration ?

Un peu car cela manque et engendre un doute sur l'efficacité des prises en charge.

Les fiches actions mettraient du sens et permettraient de rester dans les objectifs. Elles permettraient de guider la bonne volonté avec un fil directeur qui éviterait les écarts de conduite, permettraient de mettre la bonne distance, de mieux vivre les contraintes institutionnelles, les indicateurs permettraient de rappeler le projet de soins, le fil conducteur, les effets ancrés dans le quotidien, de repérer pourquoi ce n'est pas fait (manque de temps, de moyens), permettraient de se déculpabiliser, amélioreraient le travail d'équipe.

Annexe XXV – Grille d'entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : infirmière

Date de l'entretien : 23 mai 2018

Nom et prénom du professionnel : ROUL Janine

Fonction : infirmière

Date d'entrée dans le secteur médico-social : septembre 1983

Date d'entrée dans l'établissement : septembre 1983

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Madame l'a lu récemment. Madame a participé à l'élaboration dans la partie infirmerie avec le docteur (rôle, tâches, diagnostic infirmier, prise en charge).

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

C'est de mettre le jeune au centre du projet et d'élaborer un projet commun avec les différents secteurs de l'établissement (médical, pédagogique, éducatif, paramédical).

Quel sens ? : Faire le mieux possible pour le jeune. Au niveau infirmier, visée de l'autonomie, bien-être y compris psychique, confort, prévention des maladies, maintenir en bonne santé, éducation à l'autonomie dans le handicap, dans le traitement, dans les différentes prises en charge.

Améliore les pratiques ? Oui, améliore les pratiques et la prise en charge globale du jeune. On prend le jeune de manière plus globale qu'autrefois.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Il y a des objectifs. Ex : permettre au jeune de devenir adulte dans les meilleures conditions.

Inclus dans les objectifs ? : Oui dans le cadre du projet de soins.

Lien avec les pratiques ? Pas dans les pratiques purement infirmières à part avec les kinésithérapeutes et les éducateurs d'internat avec lesquels Madame se sent plus en lien.

Pas de fiches actions dans le projet. La prévention (addictions tabac, alcool, drogue, diététique, sexualité) a été développée.

Le projet de soins institutionnel peut-être un plus mais sans vraiment que ce soit prépondérant sur le reste. Il est cependant plus objectif, moins abstrait qu'autrefois.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Voir ci-dessus.

Que lui manquerait-il ? Madame ne voit pas. Ne voit pas ce qui pourrait l'aider davantage.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Madame trouve qu'il n'y a pas de manque ou d'écarts. Il n'y a pas de choses notées qui ne seraient pas suivies.

Pas d'idées pour les améliorations.

Dans quel but le projet a-t-il été relu ? Par hasard, Madame était de permanence et le projet était exposé dans la bibliothèque du personnel.

Qu'est-ce que cela vous a apporté ? : Se le remettre en mémoire, visualiser les objectifs de l'établissement par rapport aux jeunes.

Sur la partie soins ? : Rien de plus puisque c'est cela a été travaillé avec le Docteur.

Ne s'y réfère pas car suffisamment professionnelle pour pratiquer et faire coïncider les pratiques avec le projet.

Que faudrait-il y trouver pour s'y référer davantage ? Ne voit pas.

Annexe XXVI – Grille d'entretien IEM Trajectoires, Fondation Hopale, Rang-du-Fliers : masseurs-kinésithérapeutes

Date de l'entretien : 23 mai 2018

Nom et prénom du professionnel : FLAHAUT Sylvie, CELTON Fabienne

Fonction : Masseur-kinésithérapeute

Date d'entrée dans le secteur médico-social : janvier 2009 (Madame Flahaut) Septembre 1999 (Madame Celton)

Date d'entrée dans l'établissement : janvier 2009 (Madame Flahaut), septembre 1999 (Madame Celton)

Cadre et objectifs de l'entretien. Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel de la Faculté Ingénierie de la Santé (ILIS) de Lille II, réalisation d'un mémoire sur le sujet suivant : « Le projet de soins institutionnel dans les établissements médico-sociaux ». L'interviewer, tout en gérant et structurant le temps des entretiens, s'efforcera d'installer une relation de confiance, de se placer en position d'écoute éthique et laissera à l'interviewé la liberté de ses réponses et expressions en s'interdisant d'interférer dans ses réponses et de les induire. Il ne sera pas question de porter un jugement sur l'établissement, sur le projet de soins institutionnel ni sur les réponses des professionnels mais d'analyser celles-ci en toute impartialité pour les besoins du mémoire.

Conditions de diffusion. Les entretiens seront retranscrits dans le mémoire. Le mémoire sera déposé et diffusé en version papier et version numérique au centre de documentation de l'Université de Lille II. Avant leur diffusion, un retour écrit de l'entretien sera présenté aux professionnels interviewés pour validation. En cas de modifications demandées, ces dernières seront prises en compte dans les meilleurs délais et renvoyées aux professionnels.

Série 1 Connaissance du projet de soins institutionnel

- Quelle connaissance avez-vous du projet de soins institutionnel de votre établissement ? (participation à l'élaboration, à son évaluation, à sa présentation à titre informatif uniquement, à sa mise en œuvre)

Pas de participation à l'élaboration du projet de soins. Il a été donné en lecture au moment de la validation.

Série 2 Sens et pratiques

- A quoi sert, selon vous, le projet de soins institutionnel ? Quel sens a-t-il ? Quel sens prend-t-il pour vous dans vos pratiques ? Pensez-vous qu'il les améliore ?

Il faut poser un cadre, voir où l'on va, comment, définir la population accueillie car il y a une grosse évolution. Le travail en kinésithérapie a beaucoup changé par rapport à l'évolution de la population.

Sens dans les pratiques ? Pas plus que cela.

Est-ce que le projet améliore les pratiques ? Il n'est pas assez détaillé pour cela, c'est surtout la partie qui concerne les troubles des apprentissages qui a été détaillée.

Série 3 Aspect projectif et pratiques

- A votre connaissance, comprend-t-il des objectifs, des fiches actions ? Présente-t-il un aspect projectif ? Vous sentez-vous inclus dans les projets et objectifs qu'il contient ? Les objectifs et projets sont-ils en lien avec vos pratiques ? Lesquelles ? Pensez-vous que vos pratiques s'améliorent en travaillant dans un esprit de projet (objectifs, fiches actions, etc.) ? Pourquoi ?

Pas de fiches actions. Il contient des objectifs généraux. Il existe par exemple des projets sportifs dans lesquels les kinésithérapeutes pourraient participer, des projets d'interdisciplinarité dans lesquels les kinésithérapeutes se projettent moins. Par contre, le projet en autonomie concerne davantage les kinésithérapeutes.

Les projets ne sont pas beaucoup en lien actuellement avec les pratiques des kinésithérapeutes.

Amélioration des pratiques ? Cela complète les pratiques, ce n'est pas le même style de pratique mais cela ouvre sur autre chose. Le projet permet de ne pas se perdre car il n'y a plus vraiment de kinésithérapie pure, donne une vision globale du jeune, permet de l'aider de manière générale, le rôle de soutien est renforcé.

Série 4 Projet de soins institutionnel et amélioration des pratiques

- Diriez-vous du projet de soins qu'il est un outil d'amélioration de vos pratiques ? Pourquoi et en quoi ? Si non, pourquoi ? Et que faudrait-il ou que lui manque-t-il pour que ce soit le cas ?

Voir ci-dessus.

Que manque-t-il au projet pour que ce soit le cas ? Le projet de soins suit et s'adapte à la population qui évolue moins sur le versant physique pur. Le projet est plutôt lié à l'évolution de la population.

Série 5 Ecart théorie et pratique

- Trouvez-vous que la théorie du projet institutionnel correspond à sa mise en pratique ? Pourquoi ? Quelles améliorations verriez-vous tant dans l'aspect théorique que pratique ?

Les kinésithérapeutes ne se serviront pas du projet de soins institutionnel pour améliorer les pratiques. C'est une énumération. Il n'y a pas de pistes de travail.

Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme pistes de travail ? Un travail qui puisse se mélanger avec les autres professionnels. Ex : Accompagner les jeunes dans le quotidien et dans l'intégration professionnelle. C'est le médecin qui chapeaute le projet de soins institutionnel. L'avis n'a pas été demandé aux kinésithérapeutes. L'idée d'accompagner les jeunes dans le quotidien aurait pu être développée en fiche action.

Qu'aurait pu apporter cette fiche action ? : Cela pourrait être intéressant, pouvoir profiter des compétences de tout le monde, moins cloisonner les secteurs.

La fiche action permettrait de travailler dessus, de voir une progression, d'avoir une meilleure connaissance générale.

Améliorer les pratiques ? : Cela pourrait aiguiller plus sur la demande, les besoins.

Marie-Bernadette CAYET

LE PROJET DE SOINS INSTITUTIONNEL DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

L'objectif de ce travail est de déterminer si le **projet de soins institutionnel** peut-être un **outil d'amélioration** des **pratiques professionnelles** en plaçant du **sens** et un **aspect projectif** sur celles-ci.

La théorie réglementaire et bibliographique présentée concourt à valider nos hypothèses contrairement à l'enquête, menée par entretiens semi-directifs, qui ne les valide qu'en partie. En effet, les équipes de direction et les professionnels adoptent une vision divergente au sujet du projet de soins et relèvent des écarts entre la théorie et la réalité du terrain.

Une **approche** managériale issue de la pensée de **Kaplan et Norton** est présentée. Elle permettrait d'améliorer les pratiques professionnelles en apportant du sens, un aspect projectif et une vision commune. Un travail de recherche resterait à mener sur cette approche.

Mots clés : projet de soins institutionnel, outil d'amélioration, pratiques professionnelles, sens, aspect projectif, approche Kaplan et Norton

THE INSTITUTIONAL CARE PROJECT IN THE MEDICO-SOCIAL ESTABLISHMENTS

The aim of this study is to determine if the **institutional care project** can be a **tool for improvising professional practices** by placing **meaning** and a **projection aspect** on them.

The regulatory and bibliographic theory presented validate our hypothesis. On the contrary, the survey, conducted by semi-managerial interviews, validates them only partially. Indeed, the management teams and the professionals adopt a different view about the care project and note the differences between the theory and the reality on the professional field.

A managerial **approach** based of **Kaplan and Norton's** thinking is presented. This one would improve professional practices by providing meaning, a projective aspect and a common vision. It would be interested to conduct a research work on this approach.

Key-words : institutional care project, improvement tool, professional practices, meaning, projective aspect, Kaplan and Norton's approach