



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Le DESSMS en organisation multisite : un levier stratégique ?

Allison CANNIZZARO

Remerciements

Mes remerciements vont vers toutes les personnes m'ayant aidé dans la réflexion sur le sujet en question et ayant participé à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite ainsi remercier :

- Madame Nicole BOHIC, enseignante à l'EHESP dans le domaine du pilotage et de la gestion des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, pour ses conseils en termes de cadrage du sujet lors de nos « ateliers mémoire » ;
- Les professionnels avec qui j'ai échangé sur le sujet :
 - Lors de nos entretiens : Madame Malika BENZAADI, responsable administrative de l'EHPAD de Fontainebleau, Madame Françoise VIRATELLE, cadre supérieure de santé à l'EHPAD de Fontainebleau, Monsieur Bernard SANTACRUZ, médecin coordonnateur à l'EHPAD du Châtelet-en-Brie ;
 - Lors de moments de vie institutionnelle : cadres de santé de l'EHPAD de Fontainebleau, cadres administratifs et de santé de l'ensemble des EHPAD ;
 - Lors du recueil d'informations auprès des directions fonctionnelles, notamment les responsables administratives à la DAF et à la DRH ;
- Madame Véronique JARRY, élève DH en stage d'observation dans le même établissement que moi, pour son point de vue sur le projet des EHPAD et pour la relecture du présent mémoire ;
- L'ensemble de l'équipe de direction du Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne pour l'accompagnement tout au long de mon stage et l'accès aux divers services, et notamment à Madame Lydie VIDAL, directrice des affaires techniques, économiques et logistiques, pour son suivi et son soutien pendant toute la période du stage, puis lors de la rédaction du mémoire ;
- Le directeur du Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne, Monsieur Benoît FRASLIN, pour m'avoir permis de participer à la dynamique de projet de l'établissement lors de mon stage de professionnalisation, ainsi que pour sa disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte de restructuration comme fenêtre d'opportunité pour l'évolution managériale des EHPAD du CH Sud 77	5
1.1 Un projet qui s'inscrit en cohérence avec les objectifs nationaux de coopération et d'humanisation des EHPAD	5
1.2 Une ligne directrice historiquement éparse parmi les EHPAD du CH Sud 77	7
1.2.1 Une gouvernance différente, qui justifie les organisations présentes	7
1.2.2 Les avantages d'une harmonisation dans le but de fructifier les effets de la fusion ..	9
1.2.3 Le choix d'une nouvelle organisation managériale	14
1.3 L'EHPAD de Fontainebleau : l'établissement siège de l'expérimentation de la nouvelle organisation de l'encadrement de proximité.....	16
2 L'accompagnement au changement comme gage de réussite de la nouvelle organisation sur site	23
2.1 Investiguer le terrain d'expérimentation pour cibler les atouts et les points de vigilance de la nouvelle organisation	23
2.1.1 Comprendre le mode de fonctionnement des cadres à Fontainebleau.	23
2.1.2 Observer les espaces de discussion et de régulation lors des temps institutionnels.	26
2.1.3 Etat des lieux des points forts et des points faibles de la nouvelle organisation managériale.....	28
2.2 Comprendre les ressorts du changement dans une organisation complexe.....	29
2.2.1 Communication et travail d'équipe : moteurs du changement	29
2.2.2 Les séquences du changement : un processus au long cours	31
2.3 Identifier des conditions de réussite du changement à exploiter par le DESSMS	32
2.3.1 La coordination avec les directions fonctionnelles du CH : les conditions d'une intégration adéquate du secteur EHPAD au sein du CH Sud 77.....	32
2.3.2 Le rôle prépondérant du management des cadres des EHPAD	37
2.3.3 La valorisation de la culture médico-sociale, dans le respect de l'identité propre de chaque EHPAD	38

3	Se fonder sur le développement des EHPAD à court terme pour asseoir le rôle stratégique du DESSMS sur le moyen terme	41
3.1	La montée en puissance progressive des cadres administratifs et l’instauration d’une collaboration intra et inter EHPAD.....	41
3.1.1	Définir les fiches de poste et identifier les compétences à acquérir	41
3.1.2	Favoriser les espaces d’échange inter sites et prévoir les zones d’harmonisation .	42
3.1.3	Suivre et évaluer la mise en œuvre de la fonction « maîtresse de maison » à Fontainebleau	43
3.2	Faciliter et encourager l’accompagnement de proximité exercé par les cadres : GPMC et formation continue comme leviers à la fois immédiats et structurants.....	44
3.3	L’impact sur le rôle stratégique du DESSMS à moyen terme au service du CH Sud 77 ...	47
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AS	Aide-soignant(e)
CASF	Code l'action sociale et des familles
CBU	Contrat de bon usage
CH Sud 77	Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CVS	Conseil de vie sociale
DARI	Déchet à risque infectieux
DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
GIR	Groupe iso-ressources
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
IDE(C)	Infirmière diplômée d'Etat (coordinatrice)
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PE	Projet d'établissement
RH	Ressources humaines
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

« Nous allons voir apparaître dans les prochaines décennies, une nouvelle forme d'organisation adaptée à des environnements plus instables et plus concurrentiels mais aussi un nouveau type de salariés¹. » Cette citation, faisant référence au monde de l'entreprise, peut néanmoins être adaptée au rôle du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS), à une époque où les établissements sanitaires et médico-sociaux connaissent des transformations rapides et continues.

En particulier, le directeur doit répondre à un enjeu majeur de « nécessaire évolution et adaptation de l'offre individuelle et collective d'accompagnement² ». Pour ce faire, son rôle s'inscrit dans une double logique de contribution à la réduction des inégalités de ressources au sein même de son territoire d'activité d'une part, et de développement de la notion de parcours de vie et de soins d'autre part.

Ce double objectif est encadré et outillé par la réglementation et les orientations des politiques publiques, notamment depuis le début des années 2000, avec :

- Une incitation aux coopérations et aux mutualisations : création des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; création par la n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ; création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Un ajustement des ressources à l'activité pour concilier les contraintes économiques avec une offre de services adaptée aux besoins : pour le secteur médico-social, en particulier pour le secteur des personnes âgées, cela se traduit par l'instauration d'une nouvelle tarification des EHPAD et l'élaboration obligatoire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), éléments introduits par la loi n°2015-876 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- L'approfondissement de la qualité de vie en EHPAD et le souci de la dimension de lieu de vie que doit incarner l'EHPAD : loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ; recommandations de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en matière de bonnes pratiques.

¹ KOTTER J., 2015 (3^{ème} édition), *Conduire le changement*, p.201.

² Guide méthodologique ANAP, 2012, *Les coopérations dans le médico-social*, p.12.

Ce cadre juridico-financier, exigeant, précis et s'appuyant sur l'évolution démographique, implique à la fois de construire une vision et de bâtir une organisation stable et cohérente au sein des établissements. C'est tout le projet de l'établissement m'ayant accueillie lors du stage de professionnalisation.

Le Centre hospitalier du Sud Seine-et-Marne (CH Sud 77) est issu d'une direction commune initiée en septembre 2014 entre quatre établissements, le CH de Fontainebleau, le CH de Montereau Fault-Yonne, le CH de Nemours et l'EHPAD de Beaumont-du-Gâtinais. Cette direction commune a été suivie d'une fusion entre les trois centres hospitaliers au 1^{er} janvier 2017, dont le processus intègre le maintien de la direction commune avec l'EHPAD de Beaumont-du-Gâtinais. Chacun des trois sites hospitaliers comprend un EHPAD rattaché, situé sur site ou hors site.

Cet ensemble hétérogène d'EHPAD est en pleine restructuration. En l'occurrence, les diverses constructions et fermetures amorcées en 2016 conduiront, à l'horizon 2020, à une augmentation capacitaire. Actuellement, l'offre hospitalière en matière d'hébergement médico-social est de 530 places d'EHPAD. Cette offre s'établira à 670 places à l'issue de la restructuration. Ce mouvement s'inscrit dans un contexte de réorganisation générale du CH Sud 77. Depuis janvier 2017, cet établissement est organisé autour de sept pôles médicaux, dont un pôle de gériatrie. Dans ce paysage hospitalier, le secteur des EHPAD constitue un secteur d'hébergement à part entière, distinct des sept pôles.

Ce secteur EHPAD se situe à l'aune d'une nouvelle organisation interne, visant à articuler progressivement l'offre médico-sociale avec les enjeux nationaux précédemment évoqués, en collaboration avec l'offre du territoire. A ce titre, les choix en termes de management semblent capitaux, compte tenu de l'importance de l'offre. En effet, en tenant compte uniquement de l'offre d'hébergement permanent des EHPAD publics, la Seine-et-Marne compte environ 1400 places, rattachées à des établissements de santé ou autonomes³. Le CH Sud 77 propose donc environ 37% de ces places, soit un tiers de l'offre en la matière dans le département. A ce volume de l'offre s'ajoutent les caractéristiques de la population du Sud Seine-et-Marne, particulièrement concernée par le vieillissement démographique⁴.

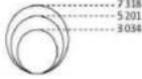
³ Données issues du site de la FHF, Cartographie du département de Seine-et-Marne : <https://etablisements.fhf.fr/annuaire/carte-departement.php?dpt=77>

⁴ Carte du SROMS 2015-2020 de Seine-et-Marne : [file:///C:/Users/Allison%20CANNIZZARO/Downloads/Sch%C3%A9ma%20d%C3%A9partemental%20de%20soutien%20%C3%A0%20l'autonomie%202015-2020_OK%20version%20longue%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Allison%20CANNIZZARO/Downloads/Sch%C3%A9ma%20d%C3%A9partemental%20de%20soutien%20%C3%A0%20l'autonomie%202015-2020_OK%20version%20longue%20(1).pdf)

Part des 75 ans et plus dans la population totale 1^{er} janvier 2010

INSEE RP 2010

Nombre de moins de 75 ans et plus :



Moyenne Seine-et-Marne : 5,7 %



Cartographie : Département de Seine-et-Marne - 2013
SDCIS - DSAS - CDS

0 2 4 6 8 Km

© CSD77 - 2013

Source : SROMS Seine-et-Marne, 2015-2020

Dès lors, il convient de bien connaître le territoire et les attentes de la population, ainsi que les acteurs qui concourent au développement du secteur médico-social, afin d'aboutir à une filière gériatrique solidement constituée, lisible pour les usagers et cohérente.

La prise de connaissance de ce contexte au cours de mon stage m'a amenée à m'interroger sur le changement d'organisation en interne relative à l'offre médico-sociale, et plus précisément sur le rôle à jouer par l'encadrement multisite, en cours de déploiement. En effet, la configuration multisite au sein d'une même entité suscite la volonté de renforcer le management de proximité, qui fera l'objet d'un développement plus en aval. Cette orientation sera impulsée de manière harmonisée sur chaque site. L'ensemble sera piloté à terme par un DESSMS, directeur adjoint au sein du CH Sud 77. Plusieurs questions ont alors guidé ma réflexion :

- En quoi ce choix d'harmonisation de l'organisation peut-il profiter au bon fonctionnement des EHPAD, au sens où la qualité de l'accompagnement individuel et collectif des résidents est recherchée, de même que la préservation de l'identité de chaque EHPAD ?
- Comment cette organisation harmonisée est-elle déclinée ?

- En trame de fond, quelle peut-être la plus-value d'un DESSMS, et comment se traduit son rôle au sein de l'équipe de direction, dans un environnement multisite qui tend à se répandre parmi les établissements de santé et médico-sociaux ?

Ainsi, l'approche de ce mémoire relève essentiellement du domaine du management des ressources humaines, et interroge le positionnement du DESSMS dans une organisation complexe car en lien avec de multiples acteurs, et exposée à de rapides mutations. Il s'agit d'une organisation naissante et expérimentale pour les EHPAD en question, mais cette organisation se rapproche des stratégies qui tendent à se développer sur le territoire national. Dès lors, ce travail va s'intéresser davantage à la consolidation de pareille organisation, et va tenter d'illustrer la façon dont cette consolidation va de pair avec un rôle structurel pour le DESSMS, et non un rôle ponctuel en qualité de chargé de projet.

Par conséquent, dans quelle mesure la place du DESSMS dans le dispositif multisite élaboré en interne peut constituer un élément stratégique apportant une plus-value au rôle joué par le centre hospitalier dans le développement de son offre médico-sociale sur le territoire ?

Ce questionnement implique une première partie qui explicite l'opportunité conférée par cette restructuration du secteur EHPAD de mettre en œuvre une nouvelle organisation managériale.

La deuxième partie a pour but d'étudier le rôle du DESSMS dans l'accompagnement au changement, dont la réalisation sur le court terme conditionnera l'atteinte des objectifs sur le long terme. Cette partie cherche à démontrer le rôle fondamental de l'encadrement de proximité, placé sous la responsabilité du DESSMS, et le travail collégial requis avec les directions fonctionnelles pour assurer la pérennité du projet.

La troisième partie se veut plus opérationnelle. L'objectif est de proposer une méthodologie et des outils à déployer par le DESSMS pour donner les moyens à chaque site d'assurer au mieux sa mission d'encadrement de proximité auprès des équipes soignantes et d'animation. Cette partie doit alors permettre de concevoir le rôle du DESSMS sur le long terme au sein du centre hospitalier et l'importance pour ce faire de structurer de manière rigoureuse et concertée l'organisation managériale sur le court terme.

1 Le contexte de restructuration comme fenêtre d'opportunité pour l'évolution managériale des EHPAD du CH Sud 77

Les profondes évolutions ayant actuellement cours dans le secteur sanitaire et médico-social se traduisent par de multiples projets au CH Sud 77. La récente fusion apporte un changement majeur, qui affecte l'essentiel des activités de l'établissement, notamment celle des EHPAD. Un projet de restructuration propre à ces EHPAD tend à se dessiner.

1.1 Un projet qui s'inscrit en cohérence avec les objectifs nationaux de coopération et d'humanisation des EHPAD

Les objectifs nationaux de coopération et d'humanisation des EHPAD prennent leur source dans la recherche de la qualité de l'accompagnement de l'utilisateur, et se manifestent par le développement d'un parcours coordonné sur le territoire d'ancrage.

La **coopération** est explicitement évoquée dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le but est de « favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés⁵ ». Cette logique de coopération, déjà présente dans des textes précédents, s'accroît dans les années qui suivent. Actuellement, la logique de parcours territorialisé qui sous-tend cet objectif de coopération est au cœur de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) 2018-2022, en particulier en Ile-de-France, région de référence pour le CH Sud 77. Ainsi, sur les cinq axes de transformation identifiés par la Région dans son pré-projet, le premier s'intitule « promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur le territoire ». Cet axe répond essentiellement à l'enjeu du vieillissement démographique que connaît la France et concerne pleinement les établissements sanitaires et médico-sociaux. La préparation du PRS prévoit également plusieurs programmes, dont un programme d'appui à la transformation des organisations. Il est alors indiqué que « dans le cadre de la généralisation des CPOM / EPRD dans les ESMS, il conviendra d'inciter systématiquement au renforcement de la coopération des acteurs ». Le CH Sud 77 s'inscrit pleinement dans ce cadre sur le plan juridique puisque la fusion facilite la coordination entre les EHPAD, et avec les compétences médicales du CH. La prochaine étape, qui concourt à la restructuration, sera de renforcer l'articulation avec l'ensemble des acteurs du territoire impliqués dans la structuration du parcours des usagers. Bien que cette perspective long-

⁵ Article 21 de loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002.

termiste ne constitue pas en propre l'objet du présent mémoire, elle conditionne nettement le rôle à poursuivre par le DESSMS.

L'**humanisation** des EHPAD poursuit une dimension éthique, qui renvoie aux droits des usagers du secteur social et médico-social, au fondement de la loi du 2 janvier 2002. L'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de cette loi, énonce : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements sociaux et médico-sociaux. » Parmi ces droits et libertés sont notés : « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité », ou encore « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie, adaptés à son âge et à ses besoins ». La refonte architecturale des EHPAD du CH Sud 77 participe de cette humanisation et de l'amélioration de ces droits. En particulier, deux EHPAD sur site hospitalier, créés dans les années 1970, sont originellement dédiés à des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il s'ensuit que la dimension « lieu de vie » que doit incarner un EHPAD est sensiblement atténuée. En revanche, deux nouveaux EHPAD sont programmés sur ces deux sites hospitaliers, ainsi qu'un troisième sur le troisième site qui n'en possède actuellement pas. Ces constructions se trouvent en adéquation avec les préconisations visant la qualité de vie en EHPAD, en particulier le fait de pouvoir se sentir chez-soi⁶ et le fait de pouvoir maintenir et développer une vie sociale⁷.

La reconfiguration à l'œuvre au sein du CH Sud 77 ouvre donc la voie à la réalisation de ces deux objectifs que sont la coordination du parcours du résident sur son territoire et l'incarnation de lieux de vie. Ces objectifs sont à structurer sur le long terme. C'est dans cette perspective que les choix en matière de management interviennent. L'espace s'ouvre pour bâtir une organisation managériale consolidée entre les sites, pour faire fructifier les possibilités offertes par la restructuration. Dans un environnement multisite jusqu'à présent assez dénué de liant, souhaitant s'inscrire pleinement sur son territoire, les choix effectués pour le pilotage en interne apparaissent alors primordiaux.

⁶ « Les propriétés esthétiques et les caractéristiques techniques des objets et des espaces construits sont significatifs de l'identité, du rôle et du statut de ses usagers et reflètent la conception que leurs concepteurs ont des personnes pour qui ils les ont créés. » p.173, *Gérontologie et Société*, n°152, vol. 39 / 2017.

⁷ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. En particulier, Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – *La vie sociale des résidents en EHPAD*.

1.2 Une ligne directrice historiquement éparse parmi les EHPAD du CH Sud 77

1.2.1 Une gouvernance différente, qui justifie les organisations présentes

Les EHPAD de la structure sont au nombre de cinq. Leurs caractéristiques actuelles sont les suivantes :

EHPAD	Nombre de places installées	GMP en 2016	PMP validé	DMS (Années)	Nombre d'ETP
Fontainebleau	227	759	367	4,5	177
Montereau-Fault-Yonne	78	773	284	1	44
Saint-Pierre-lès-Nemours	61	708	151	1	37,2
Châtelet-en-Brie	78	723	298		44,45
Beaumont-du-Gâtinais	86	745		0,75 (9 mois)	61,2

L'ensemble de ces EHPAD, aujourd'hui regroupés, sont le fruit d'une histoire différente :

- L'EHPAD de Fontainebleau est rattaché au site hospitalier, dont il est partie intégrante depuis sa constitution dans les années 1970. Son management a connu diverses orientations, dont les grandes lignes peuvent être résumées comme suit :
 - Jusqu'au milieu des années 1990, la direction des soins en assumait la responsabilité.
 - Entre 1996 et 2014 : suite à des recommandations des tutelles, une directrice a été identifiée à 50% sur cet EHPAD, le reste de son temps relevant de la relation avec les usagers.
 - Entre 2014 et 2017 : lors de l'instauration d'une direction commune préalable à la fusion entre les trois centres hospitaliers, des directions déléguées de site ont été constituées. Chaque direction déléguée de site a alors été en charge de son EHPAD rattaché. A Fontainebleau, cette évolution s'est traduite par la suppression d'un temps de direction dédié à hauteur de 50%, et donc d'une diminution du temps de présence de la direction auprès de cet EHPAD.

- Depuis janvier 2017 : la fusion a entraîné la suppression des directions déléguées, et de fait, d'un directeur désigné pour représenter l'EHPAD. Ce changement préfigure la nouvelle organisation sur site du projet EHPAD du CH Sud 77. Ainsi, une cadre administrative sur site a rejoint l'équipe en place, et assure l'exploitation quotidienne de la structure en binôme avec une cadre supérieure de santé. A terme, un DESSMS commun avec les autres EHPAD de l'établissement sera désigné. Pour l'heure, les directions fonctionnelles travaillent, chacune dans leur domaine, en collaboration avec les cadres, notamment avec la cadre administrative qui représente la direction.
- L'EHPAD de Montereau-Fault-Yonne est lui aussi sur site hospitalier. Il est constitué de deux bâtiments, un ancien hospice transformé en EHPAD et une extension créée en 2002 permettant d'accueillir plus de résidents. A la différence de Fontainebleau, qui dispose d'une résidence distincte pour l'hébergement des personnes âgées, l'EHPAD de Montereau est un bâtiment à part entière du CH. Les équipes médicales et soignantes sont davantage mutualisées avec le pôle gériatrie. Le médecin de l'USLD fait office de médecin coordonnateur. Une cadre de santé est positionnée à mi-temps sur cet EHPAD. L'ancrage du pôle de gériatrie reste très marqué, en dépit du retrait de l'EHPAD de son giron. En 2020, la construction du nouvel EHPAD estompera quelque peu cette culture puisque l'EHPAD sera alors certes toujours sur site hospitalier, mais excentré.

Les EHPAD de Fontainebleau et de Montereau présentent des similitudes dans le profil polypathologique des résidents accueillis, dans la culture médico-soignante très empreinte du milieu hospitalier, et dans la perception que les professionnels ont d'une direction diluée dans la direction de l'hôpital, au contraire d'une direction qui impulserait une dynamique propre aux EHPAD.

- Les EHPAD du Saint-Pierre-lès-Nemours et du Châtelet-en-Brie sont originellement des EHPAD autonomes, rattachés respectivement au CH de Nemours et au CH de Montereau-Fault-Yonne à la toute fin des années 2000. Cette dynamique s'inscrit dans la logique d'évitement de l'isolement des petites structures. Actuellement, l'EHPAD de Saint-Pierre-lès-Nemours, dont la capacité d'accueil est la plus réduite (61 places), est dirigé dans son exploitation quotidienne par une cadre de santé. Il en est de même pour l'EHPAD du Châtelet-en-Brie, où le management sur site s'effectue néanmoins sous la forme d'un binôme avec une responsable administrative. Dans les deux cas, l'organisation quotidienne de la vie institutionnelle et l'accompagnement des résidents est réalisé de manière assez

autonome vis-à-vis de l'hôpital. La cohésion d'équipe est soulignée de part et d'autre. Le degré de dépendance et le niveau de soins requis est inférieur à celui recensé dans les deux EHPAD dits hospitaliers.

- L'EHPAD de Beaumont-du-Gâtinais est en direction commune depuis 2010. Cet EHPAD fait exception aux autres dans son pilotage. Depuis la fusion, avec maintien de la direction commune, la directrice du pôle gériatrie est, dans l'attente du positionnement d'un DESSMS, directrice déléguée de cet établissement. Ce choix s'explique par l'éloignement plus important des sites hospitaliers, tant pour les compétences médicales que pour les compétences techniques. Sur place, un binôme composé d'une infirmière diplômée d'Etat coordinatrice (IDEC) et d'une responsable administrative travaille de concert à l'exploitation courante.

Ces présentations succinctes permettent de cibler l'identité et le mode de fonctionnement en vigueur dans les EHPAD. Bien qu'une direction commune ait préexisté à la fusion, les échanges entre structures ont été très ciblés et limités. La volonté d'unifier l'organisation entre ces EHPAD procède du constat de certaines zones de carence, qui peuvent être comblées avec la mise en œuvre d'une ligne directrice bicéphale, à savoir une ligne opérationnelle sur site d'une part, et une ligne prenant davantage part à la coordination d'autre part. Toutefois, ce choix ne va pas de soi, et la simplification permise par l'unité juridique doit se structurer sur le long terme pour donner des effets en pratique.

1.2.2 Les avantages d'une harmonisation dans le but de fructifier les effets de la fusion

Une fusion se définit comme « la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes⁸ ». Cet outil de restructuration hospitalière est déployé dans un contexte de manque d'attractivité médicale, très marqué pour certaines spécialités - comme l'anesthésie- et dans certaines régions, dans un contexte de recherche d'économies d'échelle par la mutualisation des activités support, avec le souci de l'adaptation de l'offre aux besoins du territoire. C'est en partie le contexte qui a prévalu à la fusion du CH Sud 77. Néanmoins, ces nécessités concernaient essentiellement les activités de MCO. Il peut donc être opportun de s'interroger sur les effets pratiques de la fusion pour les EHPAD, qui s'inscrivent dans le prolongement juridique de la fusion de l'ensemble de l'établissement hospitalier.

Le rapport de l'IGAS (2012) qui dresse un bilan des fusions hospitalières depuis le début des années 2000 énonce parmi ces constats que « si la fusion est leur outil de prédilection

⁸Rapport IGAS, 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, p.3.

pour rationaliser leur offre sur un territoire, leur modèle d'intégration à grande échelle est plutôt celui du groupe, qui associe la fusion d'un certain nombre de fonctions essentielles (stratégie, financement, investissement, contrôle de gestion, recrutement et recensement des principaux cadres) et le maintien d'une autonomie plus ou moins large pour les entités absorbées en ce qui concerne leur gestion hospitalière proprement dite⁹. » Bien que, pris individuellement, les EHPAD aient appartenu aux sites hospitaliers lorsqu'ils étaient en direction commune, et qu'il s'agisse d'une fusion-crédation et non d'une fusion-absorption, ce constat peut avoir du sens pour les EHPAD du centre hospitalier. Les « fonctions centralisées » renvoient aux directions fonctionnelles du CH et une certaine autonomie est assurée sur le plan du fonctionnement quotidien dans les EHPAD. Considérant que l'attractivité de médecins n'est pas la difficulté première de ces EHPAD, et que les économies d'échelle seront faites autant que de mesure mais sans que les EHPAD soient prioritairement visés, pourquoi ne pas envisager des fonctionnements routiniers indépendants les uns des autres, dans l'accompagnement des résidents et dans le management des équipes sur place, avec ce contrôle des fonctions supports assuré par la direction ? Pourquoi harmoniser le fonctionnement des EHPAD ?

Le secteur EHPAD est, sur le plan du management, un pôle dont l'activité se déploie sur plusieurs sites, mais sa spécificité médico-sociale et d'hébergement en fait un pôle à part. Sur le plan médical, l'accompagnement des résidents est privilégié à la recherche de la guérison pour un certain nombre de pathologies, les actes techniques lourds de soins ne sont pas réalisés. Au besoin, les services hospitaliers adéquats s'en chargent ponctuellement, comme pour toute population. Sur le plan soignant, les tâches relatives aux actes de la vie quotidienne occupent une place majeure, associée à une charge mentale importante. Sur le plan social, le maintien des liens familiaux et amicaux est primordial mais peut se traduire sous des formes qui paraissent minimalistes à des individus en pleine possession de leurs moyens psychologiques, cognitifs et physiques. Sur le plan du sens donné à l'accompagnement des personnes âgées vivant en institution, constituer un secteur EHPAD est intéressant. L'idée implique l'échange sur les pratiques entre professionnels de sites différents et de culture d'établissement différente, la mutualisation de moyens logistiques et humains qui peut bonifier les prestations offertes aux résidents, la rupture du sentiment d'isolement pour le personnel encadrant par le partage de projets communs.

Sur le plan juridique, appartenir à un établissement fusionné offre des outils facilitateurs : CPOM commun, EPRD commun : si chaque EHPAD conserve l'obligation d'être structurellement à l'équilibre sur le plan financier, avoir de la visibilité sur un budget EHPAD commun dans une certaine mesure est propice à la valorisation de projets, soit en interne,

⁹ Ib., p.26

soit en lien avec les acteurs du territoire. Dans le respect des objectifs fixés dans le CPOM, un EHPAD peut prendre l'initiative de répondre à un appel d'offre et expérimenter un dispositif. Les conclusions de cette expérimentation peuvent conduire à un élargissement du dispositif à d'autres EHPAD en témoignant le besoin, et ce de manière simplifiée. En fonction de son identité propre, qui repose en partie sur l'énergie et les méthodes de travail des équipes de terrain, un EHPAD peut bénéficier d'une manne financière plus importante pour conduire un projet donné, pour lequel il est formé et qui concourt au bien être des résidents (par exemple, séances de balnéothérapie). Les personnels concourent à la structuration de l'identité donc la reconnaissance de leurs actions est essentielle.

L'opportunité de créer un secteur EHPAD appelle nécessairement une harmonisation, pour donner un cadre commun et compréhensible par tous. Autrement, l'idée de « secteur EHPAD » entre des résidences réparties sur tout le territoire de santé n'a pas de sens pour les agents. Ce cadre commun passe par une organisation commune sur le plan de l'encadrement sur site. Quatre éléments fondés sur les pratiques actuelles corroborent cette intuition.

Le premier élément concerne **l'encadrement de proximité qui relève des cadres de santé**. Selon les pratiques et la place accordée au cadre par les équipes soignantes et d'animation, le sentiment de reconnaissance et *a fortiori* la motivation et la prise d'initiatives des agents est variable. A l'EHPAD de Saint-Pierre-lès-Nemours, petite structure de 61 places, la cadre de santé est en permanence sur le terrain et combine les rôles de cadre administrative et de cadre de santé. Elle est clairement identifiée comme pilier du quotidien pour les agents qui ressentent peu le besoin de recourir aux directions fonctionnelles car pour eux, la cadre représente la direction. A l'EHPAD de Fontainebleau, la cadre supérieure de santé est identifiée comme référente par les soignants, parfois au détriment des cadres de santé des unités, censées être les supérieures hiérarchiques directes. L'encadrement paraît déjà plus éloigné du terrain. Or, dans ces deux EHPAD, les retours positifs sur le fonctionnement quotidien sont plus marqués dans le premier cas. Dans le second cas, une impression de délaissement peut se manifester, comme ont pu en attester des échanges effectués lors des transmissions du soir avec une IDE et deux aides-soignantes (AS) de nuit. Le sentiment du manque de reconnaissance du travail effectué a été abordé à cette occasion et s'est soldé par la réflexion suivante de la part d'une AS : « *Ca tombe sur vous, mais on n'a pas vu la direction depuis 2013.* » Dans un contexte sous tension pour les soignants, où le rythme de travail donne l'impression de perdre en qualité dans la relation au résident, harmoniser les pratiques, les moyens mis à disposition des cadres peut avoir du sens.

Le deuxième élément concerne **les pratiques en matière de RH et de qualité**. Des pratiques différenciées dans ces domaines peuvent conduire à une certaine forme d'iniquité entre les agents. Certes, un traitement équitable est assuré par le projet d'établissement (PE) et les accords locaux du CH. Ainsi, pour le volet RH, au même titre que l'ensemble des agents de l'établissement, une harmonisation du temps de travail est en cours sur les quatre sites, ce qui peut modifier par exemple le nombre de journées de réduction du temps de travail (RTT). En revanche, d'autres éléments de RH ont vocation à être harmonisés au sein même des EHPAD pour respecter l'équité. Le plan de formation continue propre au secteur EHPAD en est un exemple. Si l'enveloppe dédiée est actuellement commune au « pôle EHPAD » et ventilée entre les agents après remontée des souhaits de formation par les cadres de santé, il n'en demeure pas moins que le recensement des souhaits de formation auprès des agents se fait de manière inégale. L'EHPAD de Fontainebleau tend à privilégier les formations obligatoires telles que les gestes d'urgence et de premiers secours, sans étendre davantage le périmètre des formations proposées aux agents. L'EHPAD de Saint-Pierre-lès-Nemours s'oriente plus sur les souhaits de formation individuels, qui concernent très souvent la qualité de la prise en charge du résident sur son versant social, ce qui favorise *in fine* les agents déjà motivés par la formation. Les EHPAD de Montereau et du Châtelet-en-Brie se rapprochent plus de ce que le secteur EHPAD veut instaurer, à savoir une bonne conciliation entre le PE et les attentes et les besoins des agents.

Pour le volet de la qualité, des exigences différentes résultant notamment des évaluations externes ont pu être attendues des EHPAD. Par exemple, la traçabilité du circuit du médicament par les IDE est réalisée de manière plus poussée à Fontainebleau qu'au Châtelet-en-Brie. Or, cette exigence de qualité, nécessaire pour le résident, n'en est pas moins chronophage pour les IDE. Disposer de protocoles identiques pour tous en matière de qualité peut sembler pertinent, et ce d'autant plus que les échanges sur ce sujet peuvent contribuer à la diffusion des bonnes pratiques entre les sites.

Le troisième élément renvoie à **la collaboration avec les directions fonctionnelles**. C'est probablement l'un des deux niveaux, avec le quatrième élément, pour lequel le besoin de coordination apparaît le plus marqué. Jusqu'à présent, chaque encadrement de proximité tend à faire remonter ses besoins ponctuellement, sans anticipation préalable par le biais des divers outils de gestion utilisés par les directions fonctionnelles, à l'instar du plan d'équipement ou du tableau de suivi des dépenses du titre 1, relatif aux personnels. Plus précisément, ces éléments de gestion sont suivis directement par les directions fonctionnelles, et les EHPAD s'y consacrent de manière inégale, plus ou moins structurée. Ce mode de fonctionnement peut poser divers problèmes :

- Un rôle d'encadrant atténué pour les cadres de proximité, qui ne bénéficient pas de toute la visibilité requise pour assurer au mieux le pilotage en interne, et notamment une communication efficace parce qu'éclairée auprès des agents ainsi qu'une capacité à élaborer des propositions au rang 1, sur le plan des orientations financières par exemple;
- Un travail chronophage de récupération d'informations produites sur le terrain par les directions fonctionnelles (demandes au cas par cas, et harmonisation et consolidation des données en plus de la vérification) ;
- En corollaire, une perte d'opportunité de rationaliser les ressources ventilées entre les EHPAD suivant les besoins et les projets.

A titre d'exemple, le budget animation est géré de manière aléatoire suivant les EHPAD. Le projet d'animation est rigoureusement établi au sein de chaque EHPAD, chaque année, et validé par le conseil de vie sociale. En revanche, il n'est pas transmis à la direction des affaires économiques avec les financements associés. Il en résulte des demandes ponctuelles en cours d'exercice, sans visibilité sur le budget utilisé à l'année. Par ailleurs, certains EHPAD peuvent dépenser davantage et permettre aux résidents de bénéficier d'un budget animation par personne supérieur. Si l'accompagnement en termes d'animation est très apprécié au sein de chaque EHPAD, il peut toutefois en résulter quelques inégalités.

Le quatrième élément concerne **la constitution de la filière gériatrique** sur ses versants interne et externe. Cet élément qui constitue un des piliers des orientations nationales déclinées sur les territoires révèle le besoin fort de coordination entre les structures. Sur le plan interne, les EHPAD gagnent à s'articuler convenablement avec l'offre du pôle gériatrie. L'essentiel de ce pôle est situé sur le site de Montereau-Fault-Yonne, avec notamment une unité d'hébergement renforcée (UHR) et la création en cours d'une unité cognitivo-comportementale (UCC). Ces unités proposent un accompagnement médical et psychosocial adapté aux personnes âgées ayant de lourds troubles du comportement. Il peut s'agir d'une alternative temporaire à la vie en EHPAD. Or, l'EHPAD de Montereau, à connotation très hospitalière dans le profil des résidents accueillis- PMP le deuxième plus élevé et GMP le plus élevé- peut être pleinement concerné par ces dispositifs. Cet exemple d'articulation entre le pôle gériatrie et les EHPAD pose finalement la question de la spécialisation des EHPAD, et renvoie aux identités différenciées évoquées plus haut. Sans inciter à une admission dans tel ou tel EHPAD suivant le profil médico-social du résident, apporter de la visibilité sur les spécificités de chaque EHPAD avec les dispositifs spécifiques dont peuvent bénéficier les résidents revêt une certaine importance et ne peut être appliqué que si le secteur EHPAD travaille d'un commun élan.

Sur le plan externe, être bien identifié par les partenaires du territoire tels que les EHPAD autonomes, les structures travaillant avec le domicile telles que les MAIA, les CLIC est

fondamental pour participer au parcours fluide de l'usager et à l'ouverture des EHPAD sur l'environnement extérieur. Cela l'est d'autant plus que le capacitaire est important et a vocation à s'élargir, ce qui implique de bien comprendre quelle est l'offre proposée pour les résidents et quelles collaborations sont envisageables avec les partenaires. Une coordination pour représenter le secteur EHPAD du CH Sud 77 d'une voix unique semble donc pleinement justifiée. Pour illustrer ces propos, l'expérimentation d'un dispositif d'IDE mobile de nuit, reposant sur l'EHPAD de Fontainebleau en partenariat avec trois EHPAD autonomes, publics et privés, peut faire office d'exemple. Cette expérimentation a obtenu l'approbation de l'ARS pour se pérenniser à compter de janvier 2018 et fonctionne particulièrement bien. A terme, il peut être envisagé que cette expérience positive soit reproduite dans les cantons de Montereau et Nemours, avec d'autres EHPAD partenaires, nombreux sur le territoire. La connaissance des atouts et des points de vigilance par les IDE mobiles de Fontainebleau et par un directeur en charge de coordonner les EHPAD facilitera la mise en œuvre de pareil dispositif et permettra qu'il soit opérationnel rapidement. C'est ici le partage de l'expérience découlant de la coordination d'un interlocuteur au carrefour de l'organisation interne et des échanges avec le territoire qui sera un atout, dans une certaine mesure, pour la réussite de l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Ces quatre éléments concourent à montrer le bénéfice que peut renfermer un secteur EHPAD consolidé. Cette harmonisation implique une organisation managériale bien définie. Il convient dès lors d'étudier quelle peut être la configuration qui correspond le mieux à l'atteinte de cet objectif.

1.2.3 Le choix d'une nouvelle organisation managériale

Différentes organisations sur site ont été assurées au fil des ans et selon les EHPAD. C'est en s'appuyant sur les modes de fonctionnement de ces organisations eu égard au projet du secteur EHPAD que la nouvelle organisation se dessine. Pour rappel, ce projet vise en interne à trouver une organisation qui satisfasse aux exigences du domicile que doit incarner l'EHPAD. Ces aspects impliquent le maintien de la vie sociale, la qualité de l'accueil des familles et les diverses prestations d'hôtellerie fournies aux résidents. Des constats préfigurent l'organisation qui peut correspondre à ce but.

- A l'EHPAD de Montereau-Fault-Yonne, l'organisation très hospitalo-centrée se caractérise par un cadre de santé managérant des équipes soignantes comme dans une unité classique hospitalière. Cela se traduit par une dimension hôtelière des résidents davantage assimilés à des patients de court séjour. A cet égard,

l'animatrice, en charge de l'EHPAD et de l'USLD, très impliquée dans son domaine, évoque les difficultés parfois rencontrées avec les équipes soignantes, ce qui peut amoindrir son temps de présence auprès des résidents. Elle indique également ne pas trouver cohérent son rattachement hiérarchique à la cadre de santé. Par ailleurs, les secrétaires administratives, référentes tant de l'EHPAD que de l'USLD indiquent manquer de repères pour la partie EHPAD et ne pas avoir de référent hiérarchique direct pour disposer de l'information qui les concerne et pour relayer les éventuelles difficultés, en particulier les conflits avec les familles au moment de l'admission. Les exemples du secrétariat administratif et de l'animation, qui renvoient directement aux prestations d'accueil et de vie sociale font éclore l'idée du positionnement d'un cadre administratif référent, travaillant en binôme avec un cadre de santé sur chaque site. Ce binôme assure ainsi l'exploitation courante d'un EHPAD, en lien avec son domaine de compétence, mission qui comprend une part importante de management de proximité.

- A l'EHPAD de Fontainebleau, plusieurs organisations ont été testées au fil des ans. Selon la cadre supérieure de santé, qui a connu ces diverses organisations, l'identification d'un directeur semble opportune :

« Il y a une période avec l'arrivée du nouveau directeur [en 2014] où les directions de site ont été mises en place, donc le temps de directeur d'EHPAD a plus ou moins été perdu. Donc elle [la directrice déléguée] était toujours notre interlocutrice, mais on n'avait plus le temps de se voir. », en référence à la direction commune qui a précédé la fusion, avec un directeur délégué de site, également en charge de l'EHPAD du site d'exercice.

« Avec le directeur dédié, on a plus travaillé comme on veut faire maintenant, avec un fonctionnement propre aux EHPAD. », en référence à la période où un directeur du CH de Fontainebleau occupait le rôle de directeur d'EHPAD à 50% ;

Ces deux observations montrent la volonté d'avoir un directeur dédié, en sus des cadres de proximité, qui puisse assurer la liaison avec le CH et soutenir les activités de l'EHPAD et les cadres. Avec le projet du secteur EHPAD, la dimension de coordination requérant un directeur dédié est évoquée : *« Je pense que si on part du principe qu'il y a un D3S, c'est à lui de souder, enfin de lancer la dynamique et d'être le lien entre tous les EHPAD, après, c'est aussi le comportement, enfin pas le comportement mais la volonté de chaque cadre d'avancer dans le même sens parce qu'il peut y avoir de la réticence. »*

- Le troisième élément intégrant la nouvelle organisation souhaitée réside dans la création de la fonction dite « maîtresse de maison », couramment déployée dans le secteur privé, qui doit permettre de renforcer le management de proximité et la qualité des prestations offertes aux résidents. Ces maîtresses de maison travaillent par unité et assurent trois missions : être l'interface entre les cadres, les résidents et les familles, en étant notamment référentes des résidents de leur unité ; veiller au bon déroulement des repas, du bio-nettoyage, de l'organisation de la lingerie ; connaître les normes en matière de qualité pour ces domaines (normes HACCP pour la restauration par exemple).

Cette organisation naissante, permise par les changements ayant cours au sein du CH Sud 77 a vocation à se déployer progressivement. Ainsi, elle connaît une première période d'expérimentation à l'EHPAD de Fontainebleau, qu'il convient d'explicitier pour mieux comprendre les enjeux afférents.

1.3 L'EHPAD de Fontainebleau : l'établissement siège de l'expérimentation de la nouvelle organisation de l'encadrement de proximité

En préambule, il convient de rappeler que la nouvelle organisation renvoie à trois niveaux, dont l'interdépendance est à souligner :

- Niveau 1 : le management d'équipe fonctionnel, c'est-à-dire au plus près du terrain, pour des tâches clairement définies. Ce niveau fait référence aux maîtresses de maison. Il renvoie en quelque sorte à un management entre pairs car des aides-soignant-e-s se retrouvent en position hiérarchique sur d'autres aides-soignant-e-s, ainsi que sur des ASH qui ont pour habitude d'être encadré-e-s directement par des cadres de santé.
- Niveau 2 : le management de proximité, par unité. Ce management est assuré par le binôme de cadres, accompagné du médecin coordonnateur. Cet encadrement de proximité sur site est la pierre angulaire du projet des EHPAD, en ce qu'il se situe au carrefour de la direction et des équipes et a pour but de faire vivre l'établissement selon les orientations préétablies. Cette position d'interface constitue à la fois la force et la difficulté du cadre intermédiaire.
- Niveau 3 : la coordination des EHPAD, assurée par un directeur adjoint. Ce niveau implique le management des cadres, dont le rôle conditionne le bon fonctionnement

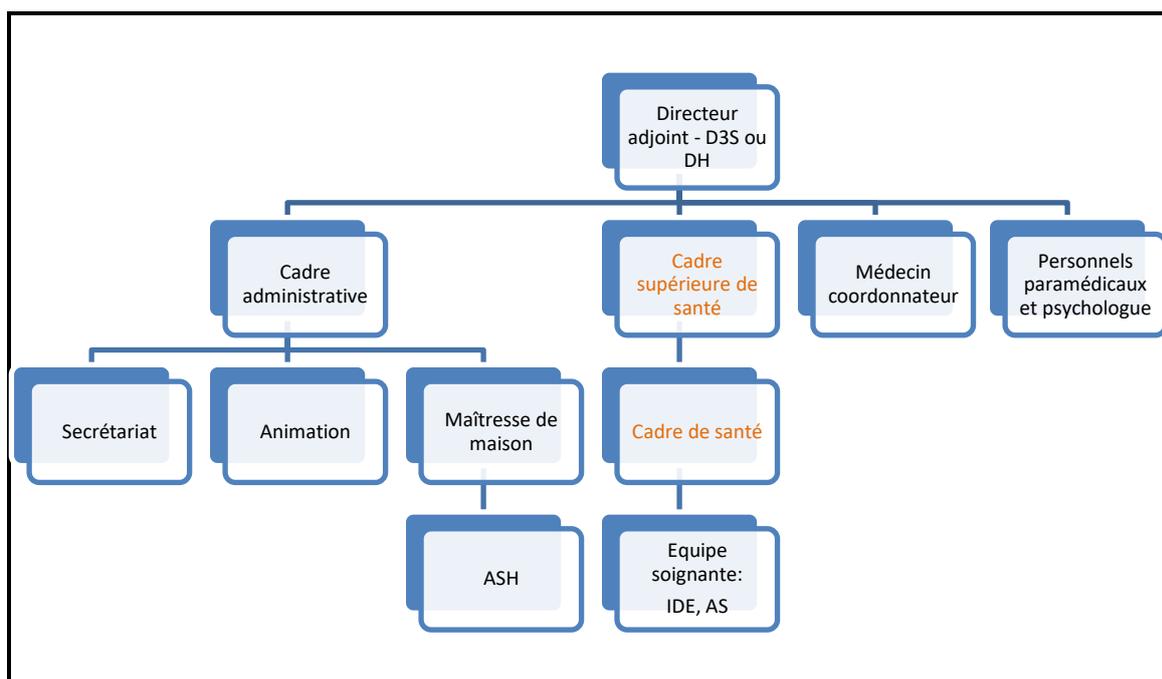
des structures. La dimension stratégique du directeur adjoint ne peut apparaître qu'à la lumière du travail réalisé par les cadres.

Ces précisions liminaires ont pour but de clarifier l'objet de ce point. Mettre la focal sur un EHPAD donné permet de comprendre toute l'importance du niveau 2, les points de force et les points de fragilité associés. *In fine*, c'est la construction du rôle du directeur adjoint qui en ressort.

Pour faire cet exercice, qui repose en grande partie sur l'étayage du niveau 2, l'EHPAD de Fontainebleau est pris comme point d'appui. En effet, cet EHPAD présente trois caractéristiques propices à l'expérimentation : d'abord, il s'agit du premier EHPAD en reconstruction sur site, dont la nouvelle architecture se prête au projet et à la nouvelle organisation qui l'accompagne ; ensuite il dispose d'une capacité d'accueil de 240 places, soit la plus importante en comparaison à l'ensemble des EHPAD du CH Sud 77 ; enfin, il est fortement imprégné d'une culture sanitaire qu'il est intéressant de faire évoluer d'emblée pour la mettre en adéquation avec le nouveau schéma au caractère médico-social plus marqué.

Ces caractéristiques font que, pour l'heure, Fontainebleau est le seul site habilité à tester le nouvel encadrement de proximité. Les changements portent sur le nouveau périmètre de fonctions de la cadre supérieure de santé, le passage de trois à deux cadres de santé dans les unités, l'arrivée d'une cadre administrative, la mise en place de quatre maîtresses de maison au sein du nouveau bâtiment. C'est ce dispositif qui sera évalué au terme d'une période de quatre à six mois pour déterminer les suites à lui donner à Fontainebleau et pour identifier les opportunités de l'adopter aussi sur les autres sites. C'est également la compréhension des enjeux liés à ce changement, dont la logique sera la même sur tout site avec des adaptations, qui produira des clés de compréhension sur la réalité du rôle à jouer par un éventuel directeur multisite. C'est pour cette raison que dans la suite du propos, l'EHPAD de Fontainebleau sera essentiellement pris comme référence, bien que les autres EHPAD restent partie intégrante de la réflexion qui porte sur le secteur EHPAD.

Organigramme :



Cet organigramme a vocation à être érigé sur chaque site, à la différence que seul Fontainebleau dispose dans son effectif de trois cadres, en l'occurrence une cadre supérieure et deux cadres dans les unités, d'où la différenciation des couleurs. Dans les autres EHPAD, une unique cadre de santé relève du dispositif.

Depuis septembre 2016, une cadre administrative a rejoint l'EHPAD de Fontainebleau. La fonction maîtresse de maison entre en vigueur en septembre 2017 et ne permet pas encore de prendre du recul.

La cadre administrative est positionnée comme l'interlocutrice de la direction sur site. C'est elle qui occupe le rôle principal dans le développement des prestations permettant au résident de se considérer chez lui à l'EHPAD. C'est pourquoi les maîtresses de maison est placée sous son autorité hiérarchique, bien qu'appartenant au grade AS. En conséquence, les ASH sont dissociées des cadres de santé. Ce choix résulte de la volonté d'asseoir une dimension « prestations hôtelières », placée sous l'égide de la cadre administrative.

Missions du cadre administratif et du cadre de santé :

Missions	Cadre administratif-ive	Cadre (supérieure) de santé
Générales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Représentation de la direction sur site ; ○ Gestion des affaires administratives courantes (commissions d'admission, discipline, ...) ○ Encadrement d'équipe (secrétariat administratif, maîtresses de maison, ASH, Animation) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser le bon fonctionnement de l'EHPAD ; ○ Organiser dans la continuité, le respect de la qualité et de la sécurité, les activités et les organisations de soins dont il a la charge.
Finances	<ul style="list-style-type: none"> ○ Produire les données nécessaires à l'EPRD et suivi de l'EPRD ; ○ Construire le compte administratif ; ○ Analyser le GIR et le Pathos en lien avec les cadres des unités et le médecin coordonnateur. 	<p>Rôle économique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gérer les ressources matérielles pour le soin (biomédical) ○ Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'investissement (en matériel médical et non médical)
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ○ Suivre le tableau des effectifs ; ○ Préparer et suivre le plan annuel de formation continue en lien avec le/la cadre de santé ; ○ Recruter, évaluer, suivre les agents rattachés 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Encadrer d'équipes, gestion et développement des personnels dans la sphère du soin ; ○ Recruter, évaluer les personnels de soins ○ Participer à l'élaboration du plan de formation.
Qualité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparer les CVS ; ○ Animer les réunions semestrielles des familles ; ○ Suivre le plan d'actions qualité en partenariat avec la cadre de santé ; ○ Participer aux évaluations interne et externe. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participer et animer la démarche qualité (évaluations interne et externe, DARI, suivi dossier CBU) ; ○ Evaluation des pratiques professionnelles en soins.

Ces synthèses de fiches de poste définissent les périmètres respectifs des cadres pivots de l'exploitation courante. Plusieurs renseignements transparaissent. Les missions semblent complémentaires et impliquent une forte interaction entre les deux versants de l'encadrement. La connotation « affaires générales et financières » pour le/la cadre administratif-ive et la connotation « qualité et sécurité des soins » pour le/la cadre de santé

sont bien visibles, montrant les domaines où l'un et l'autre seront en situation de responsabilité. En outre, les missions techniques et transversales incombant aux cadres attestent de leur vocation à prendre les décisions au rang un. Ces cadres disposent de la connaissance précise des agents et du terrain, ainsi que des éléments de production nécessaires à l'élaboration de propositions éclairées. Enfin, ce sont des personnes ressources pour les familles et l'ensemble du personnel d'un EHPAD compte tenu de leur vision d'ensemble sur un site donné, et pour le DESSMS et / ou l'ensemble de l'équipe de direction en raison de leur suivi technique des dossiers et de leur capacité à initier des projets ou à anticiper les rectifications à venir et les domaines où des décisions doivent être prises, à l'image de constats tels qu'un absentéisme élevé ou un taux d'occupation trop faible eu égard aux prévisions budgétaires.

Le rôle du médecin coordonnateur dans ce dispositif :

Ce binôme de cadres travaille en relation étroite avec le médecin coordonnateur. L'article D312-158 du CASF¹⁰ stipule : « Sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

- 1) Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le PE, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;
- 2) Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution. »

Ces missions figurent au titre des treize missions du médecin coordonnateur. Elles montrent en quoi la collaboration avec le médecin coordonnateur est capitale pour les cadres. D'une part, le management des équipes soignantes sur son versant médical nécessite l'implication du médecin. D'autre part, l'aspect administratif de la prise en charge des résidents est étroitement lié l'aspect médical, en particulier au moment de l'admission. Le médecin coordonnateur du Châtelet-en-Brie résume ce rôle central dans l'organisation managériale : « *Médecin coordonnateur, c'est un peu particulier comme profession, c'est médecin administratif. Le travail là constitue surtout à travailler avec les équipes pour qu'on ait la meilleure adaptation entre l'équipe et les personnes qui sont soignées ou les personnes qui vont entrer. Chaque fois qu'il y a un problème, c'est soit de remettre les choses au clair, avec l'équipe, avec les familles, le résident parfois, et de faciliter, faciliter, faciliter la prise en charge.* » Le travail de management auprès des équipes soignantes peut notamment s'inscrire en bonne complémentarité avec l'encadrement de proximité exercé par les cadres de santé, et donner une certaine confiance dans les compétences spécifiques de ces professionnels. A ce titre, le médecin coordonnateur interrogé ajoute :

¹⁰ Modifié par le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD.

« Je dis aux infirmières battez-vous pour ce que vous croyez. Si vous pensez que votre patient est douloureux, il faut que vous tanniez le médecin pour qu'il prescrive le médicament adapté. » Dans un contexte de raréfaction des ressources, la réassurance constante des professionnels de soin dans leur domaine de compétence peut être bénéfique. Si ce témoignage spécifique ne provient pas de l'EHPAD de Fontainebleau, il va dans le sens du projet porté pour le secteur des EHPAD.

Le portrait de l'organisation sur site étant dressé, des zones grises peuvent être soulevées, notamment en termes de stratégie et de coordination, et sur le plan de l'interdépendance avec le CH Sud 77. C'est dans ces interstices que peut se construire le rôle du directeur adjoint en charge de la coordination du secteur d'hébergement des personnes âgées. Ce rôle prend sa source dans l'accompagnement au changement que requiert toute structure, en particulier lorsque ces changements sont conséquents et rapides.

2 L'accompagnement au changement comme gage de réussite de la nouvelle organisation sur site

« Un changement s'opèrera d'autant mieux que l'on prendra appui sur les ressources que tout système humain possède pour évoluer. [...] Provoquer un changement dans un système ne consiste pas à tenter d'éliminer ses dysfonctionnements mais plutôt à en déceler les fonctions utiles pour ensuite les exploiter dans la conduite du changement ; c'est alors que les ressources et les compétences du système deviennent facilement mobilisables pour parvenir au changement souhaité¹¹. » Ces considérations sur le changement au sein d'organisations complexes induit l'idée que la connaissance du terrain et de la perception des individus qui l'occupent sont des atouts majeurs pour parvenir à faire évoluer les représentations et à recueillir des opinions renforçant la qualité du projet. La mobilisation d'un grand nombre d'acteurs allant dans le même sens doit permettre de mettre à profit les ressources en présence pour conduire le changement.

2.1 Investiguer le terrain d'expérimentation pour cibler les atouts et les points de vigilance de la nouvelle organisation

2.1.1 Comprendre le mode de fonctionnement des cadres à Fontainebleau.

L'EHPAD de Fontainebleau présente une double spécificité en comparaison à l'ensemble des EHPAD du CH :

- Il comprend un binôme cadre administratif / cadre de santé en lien avec l'orientation attendue, à savoir la cadre administrative en position de représentante de la direction sur site ;
- Il comprend trois cadres de santé pour 240 résidents : deux cadres se répartissent les cinq unités de vie et une cadre supérieure de santé supervise l'ensemble, assumant un rôle plus organisationnel et plus éloigné des unités de vie.

Ce point repose sur de l'observation pendant quelques temps de travail : transmissions du midi pendant une semaine auprès de chaque cadre alternativement, accompagnement pendant une matinée d'une des cadres, assistance d'une cadre lors de la préparation des pré-plannings un mois donné. Il prend aussi appui sur deux entretiens individuels conduits avec la cadre administrative et la cadre de santé.

L'objectif est, d'une part, de comprendre comment fonctionne le management de proximité, quels en sont les ressorts, quelles sont les représentations que les soignants s'en font, et quelles sont les ressentis et l'analyse des cadres elles-mêmes. Tout ceci avec en trame de fond l'idée que ce management de proximité est une assise interne indispensable pour

¹¹ F.KOURILSKY, *Du désir au plaisir de changer*, p.45.

permettre au secteur EHPAD, avec le concours d'un directeur adjoint, de s'intégrer efficacement sur son territoire. D'autre part, partant de la conclusion selon laquelle les EHPAD forment un secteur commun, le travail collégial entre les cadres est aussi étudié.

A) Le fonctionnement du binôme cadre administrative / cadre de santé

L'articulation entre les missions des binômes constituait donc le premier objet d'observation. La question est alors de comprendre « **comment s'organiser ?** ». Tout d'abord, la cadre administrative est identifiée comme **la référente de la direction**. La cadre supérieure de santé, qui dispose de l'antériorité dans la structure est en accord avec ce principe d'organisation : « *Des responsabilités ont glissé vers moi, on me considérait comme interlocuteur de la direction pour des choses qui ne relevaient pas du soin. Quand la cadre administrative est arrivée, c'est elle qui est devenue l'interlocutrice avec la direction.* » A ce titre, la cadre administrative est parvenue à se faire reconnaître comme telle par l'ensemble du personnel encadrant et par les équipes de soignants, d'animation et d'ASH. En revanche, elle relève une difficulté classique dans l'encadrement de proximité, à savoir la dualité de sa position, à la fois de chef et de subordonnée, difficile à tenir vis-à-vis des équipes en interne : « *Je suis administrative et je suis sur le terrain donc je suis entre deux feux. Je comprends les problématiques que peuvent rencontrer les personnes de l'EHPAD, et je les entends même, et en même temps je comprends les décisions prises sur le versant directionnel et que le personnel de l'EHPAD quelque part n'entend pas. Là je me sens un peu seule.* » Toutefois, l'articulation du travail avec la cadre de santé, qui va se préciser avec la mise en œuvre d'outils et l'entrée dans une période de routine après le déménagement que ce site va connaître, va faciliter la complémentarité du travail du binôme. L'**interdépendance** entre les deux cadres est une condition *sine qua non* de réussite. Cela se traduit actuellement par un travail de relais auprès des équipes sur les différents sujets. Cette collégialité s'approfondira avec le renforcement d'outils communs pour chaque domaine fonctionnel. A titre d'exemple, le suivi des effectifs est une tâche d'ores et déjà bien mutualisée, avec le suivi des dépenses de titre 1 par la cadre administrative et la gestion en conséquence des CDD et des intérim des soignants par la cadre supérieure de santé.

Enfin, le fonctionnement des binômes sur tous les sites est amené à être harmonisé, ce qui implique **un travail d'équipe multisite**. Donner du sens à cette ouverture *inter* EHPAD, en mettant en commun les pratiques, les procédures, doit être une conviction pour ces personnes pivots. C'est actuellement le cas comme le souligne chacune de ces deux cadres, qui s'inscrit dans l'optique de faire projet commun avec les autres EHPAD du

secteur : « Ça peut être un soutien, un partage des pratiques. Le fait est qu'aujourd'hui j'ai l'impression d'être toute seule sur le projet. Mes collègues qui sont identifiées n'ont pas encore les mêmes fonctions, c'est ce qui manque aujourd'hui. » (Cadre administrative) / « Dans le cadre du projet harmonisé avec les autres sites, comment vous concevez le travail avec les autres cadres de santé ?

Ça doit se rapprocher de ce qui existe sur le court séjour avec les cadres de pôle. C'est-à-dire un fonctionnement sur la partie soins des cadres ensemble. » (Cadre de santé)

La **volonté de porter le changement** par ces deux personnes ressources est primordial.

B) Le fonctionnement de la cadre supérieure de santé avec les cadres de santé

A la différence des autres EHPAD où seule une cadre de santé est en activité, deux niveaux d'encadrement se juxtaposent à Fontainebleau. Le fonctionnement qui en découle met en lumière l'importance d'un management de proximité bien défini et explicite pour tous les agents. Cet aspect demeure perfectible, montrant ainsi les points de vigilance à conserver à l'esprit sur le long terme.

Les cadres des unités ressentent **un manque de légitimité** dû à leur position intermédiaire rendant leurs missions confuses. Par exemple, le matin, les cadres font le tour de leurs deux unités respectives une quinzaine de minutes après leur arrivée. A l'issue de ces contacts avec les agents, elles en réfèrent systématiquement à la cadre supérieure de santé. Cette dernière, après interrogation sur ce sujet, explique : « C'est vrai que les cadres me sollicitent pour des décisions qu'elles pourraient prendre elles-mêmes. Elles attendent toujours mon regard, mon aval, sur des organisations, sur des choses comme ça. Alors qu'à Saint-Pierre-lès-Nemours, au Châtelet, la cadre de santé prend ses propres décisions dans son unité propre. Là, je suis plus positionnée comme une IDEC, avec des cadres qui m'aident dans cette fonction. D'ailleurs, on l'a vu sur toutes les réunions, par exemple sur les maîtresses de maison, c'est moi qui étais présente et qui faisais le relais auprès des deux autres cadres. C'est sûr que ce sera quelque chose à revoir dans le fonctionnement d'un EHPAD commun. » Cette zone d'incertitude dans le positionnement transparaît nettement dans l'organisation des cadres. Celles-ci ont clairement le souci d'assurer le bon fonctionnement de leur unité au quotidien. Cependant, elles ne guident pas les agents selon une direction donnée, qui permettrait leur valorisation professionnelle, ou encore laisserait entrevoir une amélioration continue de l'accompagnement des résidents. Cela se matérialise concrètement dans les salles de transmissions, qui sont aussi les locaux des IDE et des AS, donc des lieux centraux pour les personnels, possèdent d'innombrables notes de services sur les murs, que ces notes soient dépassées dans le temps ou

d'actualité, très utiles ou non. Au final, aucune attention n'y est prêtée et parfois des questions renvoient aux informations exposées sous les yeux de chacun. La surabondance et l'absence de tri nuisent finalement à la communication en diluant l'information et renforcent le sentiment qu'il n'existe pas de cap directeur dans l'encadrement.

Parallèlement, **l'attente des soignants vis-à-vis du cadre de leur unité est conséquente**. Lorsque nous visitons un étage, une AS cherchait à voix haute la cadre en interpellant ses collègues. La cadre a alors souligné : *« elles se reposent beaucoup sur nous. Une fois, je m'étais garée sur une autre place que là où je vais habituellement et c'était la panique à l'étage. Elles ne me voyaient pas et pensaient que je n'étais pas là. »* Par ailleurs, lors des transmissions, la cadre était nettement l'élément de régulation des débats. Le périmètre des cadres de santé est amené à évoluer avec la nouvelle organisation. En particulier, les maîtresses de maison, qui relèveront de la cadre administrative, doivent permettre de soulager les cadres dans leurs missions techniques, telles que la passation des commandes ou la gestion des équipes pendant les temps de restauration, pour libérer du temps pour le management de proximité, et en particulier pour améliorer la fluidité de la communication. C'est aussi une organisation qui se veut plus orientée vers l'autonomie des agents. Indéniablement, la plus-value du contact avec le terrain est fondamentale.

2.1.2 Observer les espaces de discussion et de régulation lors des temps institutionnels.

Les temps institutionnels ont permis d'étudier d'une part le fonctionnement de l'équipe des cadres au sens large, c'est-à-dire en intégrant les professionnels médicaux et paramédicaux contribuant à l'accompagnement du résident – médecin coordonnateur, psychologue, kinésithérapeute, responsable animation. D'autre part, les temps institutionnels intégrant des professionnels soignants ont été riches d'enseignements sur le type de communication mis en œuvre, et l'amplification de ses effets en période de changement.

Le premier élément met en lumière **la conscience de l'importance du mélange des compétences** au sein de la structure. Les réunions de coordination qui se tiennent environ toutes les trois semaines, et les réunions de projet en lien avec l'ouverture du nouvel EHPAD en témoignent. Lors de ces temps institutionnels, le binôme de cadres anime alternativement les échanges et se soutient. Les réunions de coordination instruisent l'ensemble des sujets faisant l'actualité de l'EHPAD. Lors de mon stage, ces sujets

concernaient essentiellement la nouvelle organisation des services et l'avancement des travaux. Les réunions de projet concernaient aussi le nouvel EHPAD : organisation du déménagement, ventilation de l'enveloppe d'investissement destinée à l'équipement de l'EHPAD. A ces occasions, les professionnels interviennent selon leur domaine de compétence. La cadre en situation d'animation régule et procède à des arbitrages en tant que de besoin. L'envie de travailler vers un même but peut alors se faire sentir.

Néanmoins, ces derniers temps, une certaine méfiance semble instaurée au sein de l'équipe, ce qui se traduit par un travail cloisonné. Les interventions sont pour beaucoup liées aux contraintes propres à chaque métier – médecin, psychologue, kinésithérapeute - sans adhésion aux évolutions en cours, et sans interactions entre métiers. La cadre de santé abonde dans ce sens : *« Le point fort, mais je ne sais pas si c'est toujours le point fort, c'est qu'il y avait une dynamique de travailler EHPAD, de faire EHPAD, de mettre des choses en place. On a tellement de choses à faire et ça part dans tous les sens, en plus il y a l'ouverture du nouvel EHPAD, et on se rend compte de tellement de choses qui ne sont pas faites que j'ai l'impression que ça s'étiole un peu, même si le dynamisme reste parce qu'on avance et qu'on a envie d'avancer. »* L'équipe de direction travaille en soutien des cadres de l'EHPAD, mais chacun dans sa sphère fonctionnelle, et de manière ponctuelle suivant les dossiers. Les cadres n'identifient pas une personne en soutien, qui se projette au même titre qu'eux, suivant le projet d'établissement, sur le déploiement du projet commun aux EHPAD.

Le deuxième élément s'appuie sur **le degré d'implication des soignants**. Le CVS et la réunion de coordination gériatrique impliquent le personnel. Le paradoxe entre la volonté de s'investir d'une partie des soignants et le manque de liant avec les cadres, au sens large, prend alors tout son relief. Pour illustrer ce propos, deux exemples peuvent être relevés. D'abord, un CVS, au cours duquel est notifié aux AS représentant le personnel qu'une réunion de présentation de la nouvelle organisation des services sera proposée prochainement. L'une des AS demande alors : *« on pourra éventuellement proposer des modifications ou l'organisation est figée ? »*. Ensuite, la réunion de coordination gériatrique, usuellement présidée par le médecin coordonnateur deux fois par an, avec pour vocation d'*«organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement¹²»* a pris une teinte différente lors de mon stage. L'ordre du jour concernait principalement la méthodologie pour l'orientation des personnels avec l'ouverture de la nouvelle résidence et un recadrage des soignants suite à des écarts constatés, notamment des dégradations dans les vestiaires. C'est finalement la cadre administrative qui a animé cette réunion, où les soignants étaient présents uniquement dans l'optique d'obtenir des

¹² Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur travaillant dans les EHPAD.

informations sur la future organisation. La vocation originelle de ce type de réunion importait peu, car les inquiétudes liées aux changements réels et perçus à venir faisaient primer la nécessité d'avoir un espace d'expression institutionnel.

Ces deux éléments montrent l'importance capitale d'une communication structurée, laquelle peut entraîner des inquiétudes et un délitement rapide des équipes si elle fait défaut.

2.1.3 Etat des lieux des points forts et des points faibles de la nouvelle organisation managériale

Eléments de changement organisationnel	Points forts	Freins à lever / Points de vigilance	Résultat attendu
Constitution d'un binôme cadre administratif / cadre de santé	Collaboratif et volontaire	Préciser les rôles respectifs pour chaque domaine complémentaire et faire ressortir les complémentarités.	Gestion courante permettant la prise de décision au rang 1, en incluant le médecin coordonnateur
Travail entre pairs dans l'ensemble du secteur EHPAD	Actualités des EHPAD (CPOM, nouvelle tarification, nouvelle trame FHF des contrats de séjour) ont permis de débiter l'harmonisation de la structure des EHPAD, notamment avec les cadres administratifs et de santé	Travail cloisonné au sein de l'EHPAD « siège » entre les professions médicales et paramédicales	Echanges multisites entre pairs, y compris pour les professions médicales et paramédicales
Création de la fonction de maîtresse de maison	Début de l'expérimentation en septembre 2017, donc pas de recul. Adhésion des cadres de santé sur la fonction des maîtresses de maison	Inquiétude des cadres sur leur insertion générale dans l'organisation (exemple : management sur des pairs pendant certains temps quotidiens comme les repas, articulation entre leurs fonctions soignantes et managériales)	Gestion d'une unité de vie par maîtresse de maison sur le plan des prestations d'hôtellerie des résidents et des relations avec les familles

Cet état des lieux à l'entrée en vigueur de l'ensemble des changements permet d'analyser les interactions et les stratégies d'adaptation. Ces constats initiaux donnent des clés de compréhension pour la tenue d'un changement durable et propice à la réalisation du double objectif de parcours de santé sur le territoire et de consolidation de l'EHPAD comme lieu de vie en interne.

2.2 Comprendre les ressorts du changement dans une organisation complexe

2.2.1 Communication et travail d'équipe : moteurs du changement

Dans son ouvrage *Du désir au plaisir de changer*, Françoise KOURILSKY reprend une métaphore utilisée par les théoriciens de l'Ecole de Palo Alto¹³ pour décrire le moteur que représente la communication pour le directeur : « dans un contexte managérial visant à produire du changement, un chef d'orchestre existe bien. Et ses talents reposent essentiellement sur son aptitude à orienter ses interventions tout en sachant simultanément se guider sur les musiciens pour mieux atteindre l'objectif visé¹⁴. » Cette illustration renvoie à la nécessité pour le directeur de fédérer les cadres, qui eux-mêmes transmettront la vision institutionnelle et associeront les équipes de terrain pour rendre l'organisation performante. La communication ne vaut que parce que des équipes existent. Extrait d'un article intitulé « Les mécanismes des relations humaines dans le travail en équipe » de Robert LAFON, Roger MUCCHIELLI reprend la définition d'une équipe de travail, pour marquer l'intentionnalité commune d'aller vers un but collectif accepté et voulu : « L'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant comme collectivement responsables d'une réalisation, ayant donc une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé¹⁵. » Cette définition reprend l'idée couramment émise dans la psychologie sociale selon laquelle un groupe ne forme pas automatiquement une équipe, mais ne vit que parce qu'elle est faite d'interactions et poursuit un but, une vision partagée. Dans ce contexte, la communication est une composante essentielle de l'acte de management et constitue un atout concurrentiel.

¹³ Ecole proposant une approche systémique en matière de communication et de relations humaines, fondée par l'anthropologue Grégory BATESON, au croisement de plusieurs influences dont la psychiatrie et les sciences de l'information et de la communication, notamment le versant cybernétique.

¹⁴ F. KOURILSKY, *Du désir au plaisir de changer*, chapitre 11 « La gestion de l'interaction : l'art de l'influence », p.103.

¹⁵ R.MUCCHIELLI, *Le travail en équipe*, Chapitre 1 « Du groupe expérimental à l'équipe de travail », p.13.

Travail d'équipe et communication ne peuvent se résumer succinctement. Néanmoins, quelques éléments de précision peuvent éclairer les enjeux liés à la communication et au rôle des différents acteurs. Dans toute organisation, en particulier en période de changement et de modification des repères, deux niveaux coexistent : le premier est celui de la direction, le second est celui des cadres. Dans le présent cas, le changement est caractérisé par deux choses, ce qui ajoute à la complexité initiale : d'une part, il porte sur une harmonisation du projet institutionnel au profit d'un « secteur EHPAD » ; d'autre part, cette harmonisation se matérialise par une refonte de l'encadrement en interne, constituée à l'identique sur chaque site et faisant office de ciment de l'organisation. Dans ce contexte, il convient de clarifier les rôles pour mesurer la prépondérance de la communication. Ainsi, la direction a vocation à traiter de la stratégie : vision, contexte entre autres, et les cadres s'attellent aux projets – leur dynamique et leur organisation. Ces ingrédients sont le socle de la **légitimité dans le portage des messages**.

La communication assumée par la direction joue un rôle fondamental dans le positionnement des cadres, et peut être une clé pour lever les difficultés relatives à l'ambivalence de leur position sur le plan de la hiérarchie. Sur ce point, Pierre LABASSE, ancien président de l'Association française de communication interne fait valoir que : « L'enjeu, c'est de leur [cadres intermédiaires] donner le droit, l'envie, et les moyens d'être non des relais, mais des facilitateurs, des médiateurs entre les contraintes multiples, des réducteurs de contradictions au niveau qui est le leur et d'abord, sans les nier, entre le discours de l'institution et ses actes.¹⁶ » Tiffany ANDRY, chercheuse en relations publiques et en communication abonde dans ce sens, dans un article intitulé « Le cadre de proximité : un acteur clé de la motivation et de l'implication organisationnelle » paru dans la revue *Communication et organisation*. Elle met en relief des antécédents propres à la motivation, des antécédents propres à l'implication organisationnelle, avant d'identifier ceux qui interviennent conjointement dans les deux domaines. Il s'agit par exemple des *feedbacks* adressés aux cadres, ou encore des relations interpersonnelles et de l'autonomie. Ces caractéristiques communes renvoient aux rapports entre l'individu et l'institution et elles remplissent les besoins que sont l'existence, les rapports sociaux et l'épanouissement. Pour améliorer la motivation et l'implication organisationnelle, Tiffany ANDRY qualifie de « justice informationnelle » l'action exercée par le directeur qui consiste non pas en la simple transmission de l'information aux cadres, mais en la possibilité donnée aux cadres de diffuser cette information. Ce d'autant plus que communiquer pour le directeur est une tâche quotidienne dans une perspective de structuration sur la durée.

¹⁶ M.IMBERT, *La communication managériale*, Partie 2, Chapitre 1, p.71.

2.2.2 Les séquences du changement : un processus au long cours

Nadia HASSANI définit le changement durable comme « la dynamique d'amélioration continue des interactions entre les acteurs du système organisationnel dans une logique d'apprentissage de l'adaptation à des contextes relationnels et environnementaux fluctuants¹⁷ ». Ce concept renvoie à la qualité des interactions entre les acteurs au cœur de la conduite du changement. Cet aspect qualitatif apparaît nécessaire car le changement fait intuitivement écho au court terme, il induit l'idée d'urgence. Paradoxalement, la caractéristique première de ce changement est d'être permanent, de s'inscrire dans des objectifs de long terme. Selon l'auteure, ces deux dimensions *a priori* contradictoires s'accommodent car ce sont les conditions favorables d'émergence du changement qui, en étant construites sur des bases pérennes, le rendront soutenable sur la durée.

Faisant écho à cette réflexion liminaire, la modélisation du changement en huit étapes par John KOTTER semble intéressante. Il résume ces huit étapes de la manière suivante : 1) instaurer un sentiment d'urgence ; 2) former la coalition directrice ; 3) définir une vision et une stratégie ; 4) diffuser la vision ; 5) responsabiliser les salariés pour élargir l'action ; 6) Obtenir des victoires rapides ; 7) consolider les gains et accentuer le changement ; 8) ancrer les nouvelles pratiques dans la culture d'entreprise.

En agrégeant ces deux analyses, il ressort que l'instauration d'un sentiment d'urgence, **la formation de la coalition directrice et la définition de la vision** peuvent être considérées comme les conditions favorables d'émergence du changement. En d'autres termes, il s'agit des indices qui, déployés à l'aune du changement, seront entretenus sur le long terme et feront naître une succession d'actions. Ce sont donc les conditions qui permettent de composer avec les inquiétudes induisant des réticences, couramment observées dans tout système. La coalition directrice repose sur le pouvoir (nombre suffisant d'acteurs clés sur le plan opérationnel), les compétences (représentation des différents points de vue et pluridisciplinarité), la crédibilité, le leadership. Le directeur a alors pour rôle de favoriser les interactions entre les cadres (de santé, administratifs, personnels médicaux et paramédicaux) pour faire ressortir ces caractéristiques et fédérer sur le long terme. Quant à la vision, elle revêt trois fonctions essentielles : prioriser et faciliter la prise de décision, motiver des actes qui ne sont pas nécessairement conformes aux intérêts personnels des acteurs concernés, aligner les individus et accroître la coordination des actions engagées. La vision nécessite du temps pour être établie et requiert un travail de groupe effectif.

¹⁷ N.HASSANI, *Communication et management*, « Conduite du changement organisationnel : le paradoxe d'une intervention systémique brève et durable », p.83.

Les attributs du changement qui viennent d'être évoqués se réfèrent à ce qui est communément appelé « le leadership », en complément du « management ». Le leadership en appelle à la communication, aux qualités relationnelles quand le management s'inscrit dans le champ de la planification. Cette approche théorique du changement, dans laquelle le directeur joue un rôle prépondérant, prend tout son sens dans le cas du CH Sud 77, et en particulier son secteur EHPAD.

2.3 Identifier des conditions de réussite du changement à exploiter par le DESSMS

Considérant l'analyse du changement dans une organisation complexe, un cadre d'action en quelque sorte peut être envisagé pour le directeur en charge du secteur EHPAD. Ce cadre d'action tient compte des ressources, des contraintes et de la spécificité de la population accueillie.

2.3.1 La coordination avec les directions fonctionnelles du CH : les conditions d'une intégration adéquate du secteur EHPAD au sein du CH Sud 77

A) Un projet EHPAD partie intégrante du PE du CH Sud 77

Le CH Sud 77 se trouve dans une phase de restructuration capacitaire, qui se décline en cinq objectifs dans le projet d'établissement 2017-2022. Le développement de l'offre médico-sociale est l'un de ces objectifs. Il vise le déploiement des 640 places d'EHPAD autorisées avec la construction des trois nouveaux EHPAD. Cette augmentation capacitaire qui tient compte des besoins de la population sur le territoire s'accompagne d'une diversification de l'offre. Avant reconstruction, les EHPAD disposent uniquement de places d'hébergement complet. A terme des places d'accueil de jour seront proposées, et les compétences de l'hospitalisation à domicile (HAD) œuvrant sur un unique site jusqu'à présent, seront mises à profit de l'ensemble du secteur EHPAD. Ces orientations vont dans le sens du maintien à domicile et de la qualité de vie hôtelière promue en EHPAD.

Outre cette dimension stratégique liée à la structuration de l'offre, le projet des EHPAD s'articule pleinement avec les axes stratégiques développés dans chaque direction fonctionnelle. Les axes prioritaires du CH adaptés et valorisés au sein des EHPAD sont dans une large mesure relatifs à la gestion des ressources humaines comme en atteste les orientations du **projet social** :

- **Dialogue social** : développement de la communication institutionnelle ;

- **Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)** : la GPMC renferme plusieurs composantes qui concernent directement les EHPAD.
 - La réalisation d'une cartographie des métiers du CH Sud 77 : elle s'appuie sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et vise à professionnaliser les différentes filières métiers, en particulier les filières soignantes, et à mettre l'accent sur les compétences. Avec la définition d'un binôme de cadres à l'articulation du champ de compétences inédit et avec l'instauration de « maîtresses de maison », les métiers sont revisités au sein des EHPAD.
 - Une meilleure structuration de la formation : le CH Sud 77 est doté d'une commission de formation, qui est une sous-commission du Comité technique d'établissement (CTE). Dans l'optique d'un secteur EHPAD unifié, au même titre que les pôles médicaux, l'organisation de la formation qu'elle soit professionnelle (formation d'IDE, d'AS) ou continue (formations aux soins palliatifs, au toucher-massage, aux régimes alimentaires...) doit donner lieu à un plan de formation pluriannuel, et à une stratégie d'identification et de recensement des besoins identique pour l'ensemble des sites. Par ailleurs, les axes de formations prioritaires des EHPAD doivent s'accorder avec les axes prioritaires du CH dans son ensemble.
 - L'individualisation du suivi du parcours professionnel et une mobilité facilitée : cette action prend aussi tout son sens dans le cadre d'un projet harmonisé, multisite, où les binômes de cadres ont vocation à renforcer leurs outils en matière de management de proximité.
- **L'amélioration des conditions de vie au travail** : elle passe en partie par l'implication et la reconnaissance des professionnels.

Il ne s'agit pas d'être exhaustif mais d'apporter un élément de compréhension sur ce que peut être le cadre de fonctionnement des relations entre directions fonctionnelles et EHPAD. A l'image des pôles médicaux, le secteur des EHPAD bénéficie de la dynamique et de l'expertise des fonctions administratives du CH. C'est le plan de travail dans lequel le secteur EHPAD s'inscrit pour porter ses propres projets internes. Un directeur chargé de s'assurer de la conformité des projets réalisés par les EHPAD au regard du PE est gage de réussite de ce mode de fonctionnement. C'est aussi la garantie que les EHPAD peuvent adopter un système autonome, utile pour faciliter en interne l'objectif de mise en adéquation des EHPAD en lieux de vie, puisque cette caractéristique du médico-social ne se retrouve pas au sein des divers pôles médicaux.

B) La déconcentration des directions fonctionnelles dans les EHPAD

Le point détaillé précédemment est nécessairement lié au mode de fonctionnement de l'encadrement sur site avec les directions fonctionnelles. Il existe nombre d'EHPAD rattachés à des centres hospitaliers. La pratique couramment développée est de confier la gestion déléguée des domaines techniques aux directions fonctionnelles, compte tenu de la spécialisation de leurs fonctions qui leur confère une expertise dans un domaine donné et de leur vision globale de l'ensemble de l'activité du CH. Un directeur délégué aux EHPAD peut alors consulter son modèle économique pour orienter ses choix sur une année donnée, notamment en matière de charges d'exploitation, mais il peut dans une moindre mesure approfondir sa vision stratégique et projeter les EHPAD dont il a la charge dans un contexte plus large. Or, l'une des clés de réussite de la consolidation d'un secteur EHPAD réside dans la déconcentration partielle des directions fonctionnelles.

La répartition des tâches entre cadres administrative et de santé a déjà été évoquée, avec l'idée que les décisions sont prises en rang un. Il s'agit maintenant d'étudier comment cette déconcentration des compétences techniques peut être rendue opérationnelle et fluide dans son articulation avec les fonctions purement administratives et techniques. Ce postulat repose sur deux conditions de réalisation :

- Une bonne communication et la participation des EHPAD aux orientations stratégiques du CH, fondées un mode opératoire aligné sur celui des pôles (chef de pôle / cadre de pôle / directeur-trice d'activité de pôle), mais adapté à la spécificité des EHPAD ;
- L'appropriation et la mise en œuvre des outils utilisés par les directions fonctionnelles par les cadres, et notamment par les cadres administratives.

La bonne communication et l'intégration des EHPAD aux orientations stratégiques de l'établissement passe par une information continue et réciproque entre les EHPAD (géographiquement décalés pour la plupart, et pour tous d'ici 2020) et les directions fonctionnelles. Cette information passe par le suivi des projets du CH par le biais des instances, des notes de service, de l'intranet. Toutefois, ce vecteur de diffusion de l'information ne suffit pas. Il est impersonnel, ce qui peut conduire à un sentiment d'isolement et de manque de reconnaissance des cadres. Il est partiel et n'engage pas le même niveau d'information auprès de tous les cadres. Par ailleurs, les directions déléguées de site n'existent plus, ce qui ne permet plus aux cadres administratifs de se réunir à fréquence hebdomadaire sous l'égide du (de la) directeur -trice. Dès lors, le rôle de médiateur, de coordonnateur du directeur-trice des EHPAD est opportun. Il va pouvoir créer des espaces d'échange entre l'ensemble des cadres et ainsi faciliter la conduite des projets

communs *inter* EHPAD et le sentiment d'appartenance à une même entité. Il va aussi représenter les EHPAD dans les instances et faciliter la transmission des informations pertinentes relatives à la vie institutionnelle aux cadres.

L'appropriation des outils techniques fait écho au cœur de la mise en œuvre des compétences techniques. Les directions fonctionnelles ont un rôle d'élaboration des règles institutionnelles qui vont permettre au pôle de développer correctement leur activité, un rôle de consolidation car elles disposent de la vision générale concernant la vie de tous les pôles, et par conséquent elles assument un rôle de contrôle au regard des moyens généraux de l'établissement et de l'utilisation équitable de ceux-ci par chaque pôle. Toutefois, les directions fonctionnelles ont besoin d'être soutenues par les pôles en matière de gestion courante. Pour y parvenir, chaque direction fonctionnelle développe des outils propres. Ce sont ces outils que les EHPAD gagnent à utiliser de manière unique. A cet égard, les tableaux de bord, en matière de RH ou de qualité doivent être élaborés et suivis de manière homogène par l'ensemble des cadres administratifs et de santé, selon le modèle utilisé par et pour tous les pôles. Le suivi ne se limite alors pas à l'intégration des données mais doit donner lieu à une première analyse liée aux observations du terrain. Prenons très concrètement l'exemple des CDD : un recours trop important impactant les charges annuelles doit être anticipé, étudié – en comparant par exemple les modalités de temporiser ce recours dans les autres EHPAD et en s'appuyant sur le groupe de travail du CH travaillant sur l'absentéisme - et doit donner lieu à des actions visant à rétablir un taux correct. Le cas de l'EPRD est aussi éclairant sur le rôle d'aide à la décision au rang un des cadres des EHPAD. La procédure de négociation contradictoire avec les autorités de financement disparaît certes avec la nouvelle réforme sur la tarification et les CPOM. L'élaboration de l'EPRD sur chaque site par la cadre du site, puis de manière regroupée entre EHPAD sous l'égide du DESSMS et avec la participation d'un cadre des affaires financières a son importance. Elle permet aux cadres de visualiser la situation financière globale et de se projeter sur les exercices suivants en faisant en premier lieu les propositions d'affectation des résultats. Connaître son modèle économique est un prérequis à la perception d'une culture commune.

Pour les directions fonctionnelles, le DESSMS se situe finalement en coordination car il co-construit avec les cadres les propositions liées à la production de données en interne et regroupées entre les EHPAD, puis il discute ces propositions avec les membres de l'équipe de direction, en connaissance des orientations générales de l'établissement et des données techniques relatives aux différents pôles.

C) Le DESSMS et le directeur des soins : un binôme clé dans le positionnement des cadres

Si les liens entre cadres administratifs des EHPAD et directions fonctionnelles est établi, les cadres de santé conservent une place à part dans ce dispositif. Ce constat est d'autant plus fondé que les EHPAD s'orientent vers une dimension plus hôtelière et moins axée sur les soins ancrés en permanence dans la structure, ce qui interroge le positionnement des cadres de santé. Pour cette raison, il est préférable que ces derniers soient rattachés au (à la) directeur-trice des soins, pour que leur apport en termes de projet de soins soit réel, et congruent avec le projet de soins du CH Sud 77. En effet, le projet EHPAD tel qu'il est conçu conduit à des modifications dans le rôle traditionnel du cadre de santé. Ce dernier n'a plus de relation hiérarchique avec les ASH, ni avec une partie des AS devenu-e-s « maître-esse-s de maison ». Ces agents sont dorénavant placés sous la responsabilité hiérarchique du cadre administratif en raison du sens véhiculé par ce choix : ancrer des fonctions dédiées à l'accueil et à l'hébergement, aux prestations hôtelières, et ne pas transformer les EHPAD en établissements de soins. Cette orientation managériale recentre les cadres de santé sur leurs missions de management de proximité des équipes dédiées aux soins et sur les projets liés à la qualité et la sécurité des soins, et à la gestion des risques. Cependant, les cadres de santé peuvent ressentir une certaine désappropriation de leur métier. C'est pourquoi le rattachement à la direction des soins, qui entraîne la participation aux réunions cadres de santé donc des échanges sur les sujets liés aux soins, conforte les cadres de santé dans leur rôle au sein des EHPAD. Par ailleurs, l'articulation des missions avec les cadres administratifs place les cadres de santé en garants de la fonction qualité et des implications qui vont de pair à l'instar du pilotage de groupes de travail en lien avec l'évaluation interne et externe.

Cette spécificité du cadre de santé en EHPAD implique une bonne coordination entre le DESSMS et le directeur des soins. Cette coordination s'entend aisément lorsque la place des soins en EHPAD est recontextualisée. Lors de la journée des assises nationales des EHPAD en mars 2017, Geneviève GUEYDAN, directrice générale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a évoqué le rôle futur des EHPAD : « Ils évolueront comme des plateformes techniques, des lieux de ressources, pour faciliter le maintien à domicile et être des ressources pour le répit et le soutien aux aidants¹⁸. » Dès lors, le directeur des soins, par l'association des cadres de santé des EHPAD à la communauté des cadres hospitaliers, est un acteur qui facilite la structuration de la filière gériatrique en interne. Plus précisément, il permet aux cadres de santé de rester au fait de l'offre pouvant bénéficier aux résidents (HAD, équipe mobile de soins palliatifs, équipe de géronto-

¹⁸ Dépêche APM du vendredi 24 mars 2013 : « L'avenir des EHPAD, entre médicalisation accrue et plateforme de services pour un territoire. »

psychiatrie) et contribue à l'adhésion des cadres à ce projet de moyen terme. La valorisation des cadres de santé dans leur domaine de compétences est un élément de reconnaissance qui peut contribuer à l'équilibre du binôme cadre administratif / cadre de santé.

2.3.2 Le rôle prépondérant du management des cadres des EHPAD

Le point précédent conduit à s'intéresser au rôle des cadres, longuement évoqué jusqu'à présent. Il ressort des analyses précédentes que les cadres constituent le pivot de la nouvelle organisation managériale sur site. A ce titre, leur accompagnement par le DESSMS est indispensable à la cohésion et à la bonne imbrication générale : le bon fonctionnement courant de chaque EHPAD favorisera l'émergence d'une identité propre au secteur EHPAD, qui sera alors relativement autonomisé au regard du centre hospitalier pour ne pas assimiler les résidents à des patients, mais suffisamment intégré pour collaborer avec les acteurs du territoire et faire valoir l'apport médico-social du CH Sud 77 sur son territoire.

Le rapport du 24 janvier 2011 sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé énonce trois enjeux qui correspondent et sont applicables à la situation du secteur EHPAD. Il s'agit de partager les enjeux en s'appuyant sur un management de proximité, d'associer les personnels en développant une communication interne et externe simple, rapide et régulière, et de positionner les cadres. Sur ce dernier point, les auteurs précisent que « ces responsables opérationnels [les cadres], le plus souvent fort investis dans les réformes, ne sont guère susceptibles d'entraîner leurs équipes (21), s'ils sont eux-mêmes traversés par le doute, en manque de reconnaissance, voire simplement enclins à l'attentisme. ¹⁹» Pour donner les moyens aux cadres d'assurer les missions déléguées, les auteurs insistent sur **la solidité requise de la politique RH** : « une équipe dotée d'une GRH solide dans ses méthodes et ses process, pourra toujours mieux relever ce genre de défis nouveaux qu'une autre, moins assurée dans ses fondamentaux ». Cette recommandation donne l'ébauche d'une piste au directeur adjoint pour soutenir les cadres.

L'autre prérequis qui semble s'appliquer à l'accompagnement du secteur EHPAD porte sur **la clarification des rôles sur une base coopérative**. A ce titre, il est souligné que « L'articulation entre relations hiérarchiques et fonctionnelles ne va pas toujours de soi, y compris pour l'encadrement. Des nouvelles coopérations doivent, on l'a vu, s'instaurer entre chef de pôle, autres praticiens, cadres supérieurs et cadres de santé, de même qu'entre directeurs des soins et services supports, au premier rang desquels la DRH²⁰ » Si

¹⁹ Rapport D.TOUPILLIER et M.YAHIEL, p.11.

²⁰ Id., p.13.

ce discours concerne les pôles médicaux au premier chef, sa logique est valable pour le secteur EHPAD. Le chef de pôle est alors le médecin coordonnateur, les autres praticiens sont les médecins, les psychologues, les kinésithérapeutes et autres professions paramédicales. Par ailleurs, le « pôle » incarne le secteur EHPAD dans sa version multisite. La direction renvoie donc au directeur adjoint en charge de la coordination de ce secteur, appuyé par les cadres auxquels sont délégués des missions fonctionnelles. L'idée majeure est alors la coopération entre toutes les compétences, le risque étant le travail en silos, néfaste à l'identité du pôle et aux représentations que s'en font les personnels soignants, administratifs et techniques hors encadrement.

2.3.3 La valorisation de la culture médico-sociale, dans le respect de l'identité propre de chaque EHPAD

Parmi les apports que peut avoir le directeur adjoint dans la structuration d'un secteur EHPAD, qui facilitera l'insertion sur le territoire, la composante médico-sociale est de taille. Ce projet fait le choix d'un secteur hébergement distinct du pôle gériatrie, pourtant interdépendant dans ses missions quotidiennes d'offre de services à la personne âgée. L'objectif est de s'inscrire en cohérence avec la double intention d'incarner un lieu de vie et de devenir une plateforme de services techniques. Ainsi, le mode de fonctionnement demeure semblable au fonctionnement de pôle, constitué d'un médecin chef de pôle, d'un cadre administratif, et d'un cadre de santé. Le contenu de leurs missions est de s'assurer du projet de vie de chaque résident en adéquation avec ses aspirations et son état de santé. L'accompagnement qui en découle doit être réalisé au sein même de l'EHPAD, lieu d'habitation de la personne. En revanche, les soins requis doivent pouvoir provenir de l'extérieur, en particulier des services de soins du CH ou du secteur libéral. Pour que cette logique soit respectée, il est cohérent que le pôle gériatrique soit évidemment considéré mais dans le cadre d'un partenariat, très simplifié, et non en tant que partie intégrante de la vie en EHPAD. C'est en cela que le DESSMS, en charge de la conduite des politiques sociales et médico-sociales, et donc doté d'une bonne expertise pour ce type de prise en charge, est un élément stratégique pour conduire cette transformation, qui constitue en quelque sorte un changement de paradigme pour les professionnels de terrain, paradigme déployé depuis une vingtaine d'années sur l'ensemble du territoire national.

Cette vision générale justifie les rôles de chacun :

- Le/la cadre administratif-ive : Représentant du directeur sur un EHPAD donné, liens fonctionnels avec le cadre de santé et le médecin coordonnateur, mais en charge des décisions compte tenu de son rôle de garant de l'inscription de l'EHPAD en qualité de lieu de vie, et de responsable des fonctions administratives.

- Le/ la cadre de santé : Ressource privilégiée pour assurer le lien avec les ressources nécessaires à la réalisation du projet de soins (HAD,...). Cœur de métier renforcé et possibilité de se placer dans une logique d'appel à projet pour participer à l'ouverture de l'EHPAD sur le territoire en partenariat avec le DESSMS (Télémédecine...)
- Le médecin coordonnateur : comme le stipulent ses missions 10 et 11, il assure avec ses collègues de chaque site, l'apport de compétences médicales du CH et hors CH pour coordonner le parcours de santé du résident.
- Le/la directeur-trice : assure la coordination entre les cadres, avec les directions fonctionnelles et avec le pôle gériatrie en interne, puis, par conséquent, positionne le secteur EHPAD sur le territoire de santé dans lequel il s'inscrit. Sa bonne connaissance des enjeux entourant la vie de la personne âgée en institution est un atout dans l'accompagnement au changement. C'est en soutenant les actions allant dans le sens du maintien des liens sociaux, à l'instar de la communication entre les équipes soignantes et le personnel de l'animation, des partenariats avec les acteurs du territoire vecteurs de liens sociaux (intervenants artistiques, centres de loisirs...) que le DESSMS contribuera à entretenir de réels d'espaces de vie, ouverts dans les EHPAD.

L'encadrement sur site a donc un rôle fondamental dans la structuration du pôle EHPAD. Pour que ce rôle soit assuré au mieux, l'accompagnement du DESSMS dans une perspective de changement apparaît pertinente. Cet accompagnement est réalisé dans une large mesure par le biais d'une communication interne continue et d'une mise en relation des diverses compétences pour un travail d'équipe efficace. La plus-value médico-sociale des EHPAD pour un soutien optimal des résidents rend préférable le positionnement d'un DESSMS à ce poste, dont l'intégration à l'équipe de direction constitue une valeur ajoutée tant pour le fonctionnement des EHPAD, que pour le rôle à jouer par le centre hospitalier sur le territoire dans son versant médico-social. Il convient donc d'étudier quels moyens opérationnels le DESSMS peut privilégier, essentiellement dans le contexte de proximité entretenu avec les cadres, afin de rendre viable ce projet des EHPAD.

3 Se fonder sur le développement des EHPAD à court terme pour asseoir le rôle stratégique du DESSMS sur le moyen terme

Précédemment, il a été indiqué qu'un changement durable prenait sa source dans des actions de court terme bien structurées. Par ailleurs, la prégnance de la fonction RH sensibilise à des actions allant dans ce sens. En agrégeant ces éléments, plusieurs pistes peuvent concrétiser le projet des EHPAD et éclairer sur le rôle stratégique à incarner par le directeur adjoint.

3.1 La montée en puissance progressive des cadres administratifs et l'instauration d'une collaboration *intra* et *inter* EHPAD

3.1.1 Définir les fiches de poste et identifier les compétences à acquérir

Les fiches de postes sont basées sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Par suite, ce répertoire sert à lister l'ensemble des métiers effectués au sein d'un établissement. En procédant ainsi pour le secteur EHPAD, ces EHPAD contribuent à l'objectif du PE de réaliser une cartographie des métiers et des compétences. Les fiches de postes des cadres sont le point de départ de l'élaboration d'une cartographie à l'échelle des EHPAD, mais elles sont interdépendantes avec les fiches de postes de l'ensemble des métiers en vigueur dans ce périmètre (secrétariat administratif, « maîtresses de maison », médecin coordonnateur...).

Ces fiches de postes sont ajustées au nouvel environnement que constitue le secteur EHPAD, avec la modification du périmètre des tâches de certaines fonctions, et l'ajout de nouvelles fonctions. Cet outil est travaillé en concertation avec l'ensemble des cadres. C'est en un sens un contrat interne entre les cadres et le secteur EHPAD, qui témoigne d'un sentiment d'appartenance à l'institution. L'adhésion des cadres est d'autant plus indispensable que de nouvelles fiches de postes induisent une nouvelle répartition des compétences, et de nouveaux degrés de compétences attendus (s'échelonnant du souhaitable au requis). A noter que ce nivellement des compétences peut demander un processus d'acquisition. Les cadres administratifs ont vocation à être polyvalent-e-s. Il est donc concevable qu'un pan des missions intégrant leur giron ne soit pas totalement maîtrisé, à l'instar des finances qui demandent un appariement technique, et une appropriation des enjeux liés à la réforme de la tarification des EHPAD. Ces formations pourront être réalisées avec les cadres administratifs disposant de la compétence en question, et complétées par les journées thématiques passant l'actualité du médico-social en revue (CPOM, EPRD...), après concertation avec le directeur adjoint et les cadres pour définir le contenu, le niveau de la formation (initiation, approfondissement) et le calendrier

afin de déterminer à quel moment il est souhaitable que les cadres soient opérationnel-les. Il est enfin important de préciser le positionnement hiérarchique et fonctionnel, conçu par tous de la même manière. Il peut être utile de constituer un groupe d'agents issus de domaines de compétences hétérogènes pour trouver un consensus sur la chaîne des postes actualisés.

3.1.2 Favoriser les espaces d'échange *inter* sites et prévoir les zones d'harmonisation

Dans la continuité de la définition du périmètre en bonne concertation, la montée en puissance progressive des cadres des EHPAD doit faire le pari de la pluridisciplinarité et de la confrontation des points de vue. Ce d'autant plus que la dimension multisite est récente, et qu'au même titre que pour les autres pôles, la fusion conduit à ce que les professionnels des différents sites s'enrichissent mutuellement.

Dans cette perspective, le directeur doit créer des espaces dont le but est identifié par tous, afin de créer une synergie entre les divers acteurs de la vie institutionnelle. Ces espaces peuvent prendre différentes formes :

- **Une réunion mensuelle entre tous les binômes de cadres et le DESSMS**, en alternance sur chaque site. L'objectif est de suivre l'avancée des micro-projets participant du projet plus global, diffuser l'information relative à l'institution dans son ensemble et voir si les EHPAD peuvent s'engager dans une quelconque action, échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées, qu'il s'agisse de difficultés techniques, de carences de protocoles dans le quotidien, de problèmes d'effectifs. Ces réunions doivent donner lieu à une dynamique de groupe, à un sentiment d'appartenance au secteur EHPAD participant à la vie de l'institution. Elles doivent aussi faire émerger des thématiques nécessitant une réflexion et une formalisation, à l'image de la constitution d'une équipe de remplacement spécifique EHPAD. Elles permettent enfin le partage d'expériences sur des dispositifs en cours, résultant notamment de réponses à des appels à projet, éventuellement mutualisables, tels qu'un automate pour distribuer les médicaments, la réalisation d'électrocardiogrammes par des IDE formées au sein des EHPAD, le suivi de l'expérimentation des « maîtresses de maison ».
- **Les réunions de coordination *intra* EHPAD** : elles sont animées par le/la cadre administratif-ive, et le DESSMS y assiste ponctuellement, suivant les sujets abordés. Ce sont les lieux de coordination pour suivre les affaires courantes. Le

cadre administratif informe le DESSMS en son absence mais conserve l'autorité pour l'animation.

- **Une réunion générale par semestre incluant l'ensemble des cadres, des professionnels médicaux et paramédicaux** : elles sont animées par le directeur adjoint et abordent un point sur les projets, la situation financière des EHPAD, le suivi des effectifs et les éventuels recrutements. Ces réunions permettent aux professionnels d'une même discipline exerçant sur des sites différents de se rencontrer et d'envisager, au besoin, d'autres échanges entre pairs sur des sujets le nécessitant.
- En revanche, les EHPAD ont vocation à être **des lieux d'habitation uniques**. C'est pourquoi les instances telles que les CVS ou les réunions des familles demeurent propres à chaque site. Les réunions de familles sont animées par le DESSMS, avec le binôme de cadres en soutien. Dans la même logique, les rapports d'activité relevant de chaque discipline (psychologue, médecin coordonnateur, cadre de santé, cadre administratif, animation) sont aussi établis par EHPAD. Néanmoins, ils sont compilés entre EHPAD pour chaque discipline. Ce travail est piloté par le DESSMS, qui réunit chaque ensemble de professionnels chaque année afin de dresser un bilan, de voir les pistes d'amélioration et les points forts pour chaque domaine et d'envisager les orientations pour rester en cohérence avec le projet institutionnel. Concernant les autres instances, tels que les CTE, les CHSCT, le niveau institutionnel demeure. Le DESSMS y représente les EHPAD et transmet en retour les informations.

3.1.3 Suivre et évaluer la mise en œuvre de la fonction « maîtresse de maison » à Fontainebleau

La mise en œuvre de cette fonction est une innovation dans l'organisation interne²¹. Comme tout changement, une phase d'évaluation aura lieu à l'issue d'une période de quatre à six mois. Les « maîtresses de maison » sont pour l'heure actives uniquement sur le site de Fontainebleau, EHPAD pilote de la nouvelle organisation interne. A noter que selon les EHPAD, des référents auprès des résidents existent de manière variable. Ainsi, l'EHPAD de Saint-Pierre-lès-Nemours recourt déjà dans une certaine mesure à cette fonction. Si l'expérimentation est généralisée, elle sera donc adaptée.

²¹ Cf. Fiche de poste en annexe

Les « maîtresses de maison » représentent une prise de risque à plusieurs égards :

- Elles sont issues des EHPAD au sein desquels elles travaillaient donc le changement de posture et la prise de responsabilités peuvent être difficilement acceptables pour les pairs ;
- En raison des tensions autour des effectifs, les « maîtresses de maison » ne peuvent être exclusivement dédiées aux missions en lien avec les prestations d'hébergement. Elles doivent ponctuellement réaliser des tâches de soins en soutien de leurs collègues, ce qui peut créer de la confusion dans l'organisation hiérarchique ;
- Une fiche de poste est établie mais le périmètre des fonctions et l'articulation avec les cadres de santé n'a jamais été testé auparavant, ce qui peut conduire à une adaptation, qui doit toutefois conserver l'essence de cette fonction pour qu'elle demeure pertinente dans l'organisation.

Ces points de vigilance sont analysés par le binôme de cadres de Fontainebleau et donneront lieu à une évaluation plus générale en temps voulu. Une formation correspondant aux attentes de ce poste a toutefois été constituée avec les cadres et le service de RH dédié. Cette formation est délivrable systématiquement si le dispositif est pérennisé.

3.2 Faciliter et encourager l'accompagnement de proximité exercé par les cadres : GPMC et formation continue comme leviers à la fois immédiats et structurants

« La GPMC est la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'action cohérents visant à permettre aux établissements de santé de s'adapter à leur environnement, tout en impliquant les professionnels dans ces changements²². » Les actions en matière de GPMC renvoient au parcours professionnel, à la mobilité, au recrutement, à la formation et à l'évaluation. Il s'agit donc d'un outil puissant que le DESSMS peut mettre au service des cadres pour les aider dans l'accompagnement des équipes, après en avoir conjointement déterminer les objectifs. C'est par ailleurs un signe fort de valorisation des professions, notamment des professions soignantes, à une époque où les métiers de cette nature croissent de manière considérable. Ainsi, entre 2010 et 2020, les aides à domicile, les aides-soignants et les infirmiers bénéficient du plus important volume de création nette d'emplois, avec entre 90000

²² Guide ANAP, 2011, Améliorer la gestion des ressources humaines – la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, p.10.

à 160000 emplois créés sur la période²³. Les restrictions budgétaires qui impactent les centres hospitaliers, ainsi que la réforme de la tarification sur son volet dépendance, qui conduit à un forfait global dépendance souvent atténué dans le secteur public, amène à réinterroger la qualification des soignants. A défaut de pouvoir recruter davantage de professionnels, la qualité peut être mise en valeur. C'est aussi un moyen de professionnaliser ces métiers, et d'agir à terme sur l'absentéisme, en particulier sur la multiplication des arrêts maladie de courte durée (inférieurs à 8 jours).

La formation continue semble donc un bon levier de mise en œuvre de la GPEC. Les agents interrogés à ce sujet ont répondu favorablement à cette perspective d'évolution professionnelle lorsqu'elle est clairement structurée. Une enquête réalisée auprès des agents (IDE, AS, ASH) des EHPAD de Fontainebleau et de Saint-Pierre-lès-Nemours (SPLN) révèlent les résultats suivants :

Répartition des souhaits de formation générale et par EHPAD

Type de formation	Fontainebleau	SPLN	TOTAL
Adaptation immédiate à l'emploi	15	4	19
Evolution des métiers	24	6	30
Développement des qualifications	18	9	27
Préparation concours, VAE, bilan de compétences	13	2	15
Alzheimer	21	7	28
Géronto-psychiatrie	15	5	20
Personnes non communicantes	15	5	20
Soins palliatifs	18	6	24
Temps relationnel	16	8	24
Tutorat	7	1	8
Travail en équipe	10	1	11
Autres	9	4	13

Le questionnaire a été diffusé aux agents par les cadres de santé. Les agents étaient libres d'indiquer autant de formations qu'ils le souhaitaient. Le questionnaire était identique mais délivré dans deux contextes différents. Les trois formations les plus demandées sont liées

²³ *Gérontologie et société*, 2012, vol.35, « Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires », p.19.

à l'évolution des métiers (30), à la connaissance et la gestion de la maladie d'Alzheimer (28) et au développement des qualifications (27). Les formations arrivant au premier et au troisième rang montrent un souci d'actualiser ses compétences, de valoriser son parcours professionnel. Les formations davantage « thématiques » sont aussi très sollicitées. Ces formations sont liées aux difficultés que les soignants rencontrent au quotidien et intègrent une dimension psychologique (soins palliatifs, personnes non communicantes). Il s'agit de formations tournées vers la compréhension de la personne âgée. Proportionnellement au taux de réponse respectif de chaque site, les formations prisées sont identiques. Le « travail en équipe » fait exception. Il représente 10 agents, soit 22% du nombre de répondants pour Fontainebleau et une personne, soit 6% du nombre de répondants pour SPLN. Cela peut s'expliquer par le fait que l'EHPAD de SPLN, de 61 places, accueille des résidents pour lesquels la charge de travail est moins lourde. L'EHPAD de Fontainebleau, doté de 227 places, est davantage confronté aux soucis relationnels, et au travail cloisonné entre unités.

Répartition du nombre de répondants, général et par site, selon le nombre souhaité de formations :

Nombre de formations souhaité	Fontainebleau	SPLN	TOTAL
Aucune	63	4	67
1 ou 2	15	4	19
3 ou 4	15	5	20
5 ou plus	15	6	21

Pour l'EHPAD de Fontainebleau, il recensait notamment les choix du site de travail et du service souhaité dans la perspective de l'ouverture d'un nouvel EHPAD. Sur les 108 questionnaires ont été recueillis, 45 comportaient un ou plusieurs souhaits de formation et 63 ne renseignaient pas cet item. Pour l'EHPAD de SPLN, le questionnaire visait directement à faire un point sur le parcours et les souhaits de formation des agents. Sur les 19 questionnaires recueillis, 15 présentaient au moins un souhait de formation. Il est intéressant de noter que les agents du site de Fontainebleau ont dans un tiers des cas (15 fois) sélectionné au moins cinq souhaits de formation, ce qui conforte l'idée que le recensement effectué ces dernières années, promouvant uniquement les formations à caractère obligatoire, ne reflète pas les envies des agents mais reflètent l'absence de vision en la matière et donc le délaissement de cette mission par les cadres.

Cette étude succincte véhicule les attentes des soignants à l'égard de la formation continue. **Bâtir un plan de formation du secteur EHPAD**, sur trois ou quatre ans, qui intègre les objectifs du PE, les projets des EHPAD communs et spécifiques, les souhaits des agents, avec une marge de manœuvre pour l'appréciation des formations individuelles détachées du PE est un outil intéressant. Ce plan de formation éclaire les agents sur la vision vers laquelle veut tendre le secteur EHPAD. Ils sont alors positionnés en acteurs clés par les cadres, puisque les souhaits de formation sont exprimés lors de l'entretien annuel d'évaluation. Les souhaits des agents sont partiellement guidés par la nature des tâches et des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, comme les résidents manifestant des troubles psychologiques ou psychiatriques, ou nécessitant des soins palliatifs. On peut donc envisager une analyse quantitative et qualitative effectuée chaque année dans le cadre du premier plan de formation du secteur EHPAD. Cette étude permettrait de voir se dessiner d'éventuelles tendances sur un EHPAD donné, et d'enregistrer une certaine forme de spécialisation. Cette hypothétique conséquence renforcerait le caractère professionnalisant de la formation. *In fine*, il pourrait être envisagé des passerelles *inter* sites entre les soignants, pour bénéficier de la transmission d'une formation qui fonctionnerait particulièrement bien sur un site donné par les soignants l'ayant réalisée. Les effets de la formation seraient ainsi d'autant mieux valorisés.

3.3 L'impact sur le rôle stratégique du DESSMS à moyen terme au service du CH Sud 77

Les pistes étayées, essentiellement en matière de ressources humaines et de communication, renvoient de prime abord à des actions immédiates et ponctuelles. Il s'agit d'éléments de structuration de l'organisation managériale sur chaque site d'abord, et coordonnée pour rendre opérationnel et donner de la consistance « secteur EHPAD » ensuite. Les travaux d'harmonisation des périmètres entre les EHPAD, d'acquisition de compétences techniques par les cadres, d'élaboration de protocoles communs sont inévitables dans la perspective du changement en cours. Dans ce contexte, le rôle de pilotage du DESSMS se comprend aisément. Néanmoins, ce rôle dans l'harmonisation entre des EHPAD qui fonctionnaient jusqu'alors en relation bilatérale avec leur site hospitalier de proximité n'apporte de la valeur ajoutée que s'il s'accorde avec son environnement. Dans cette perspective, il convient de confronter l'offre et la demande les modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire du Sud Seine-et-Marne.

Le « secteur EHPAD » du CH Sud 77 présenté de manière unitaire présente alors l'avantage de rendre lisible son offre. Cette lisibilité est d'autant mieux venue que le nombre de places d'hébergement permanent dans le secteur public est conséquent. Il a été évoqué les spécificités des EHPAD du CH. Une première étape peut être **d'amorcer une réflexion sur une éventuelle spécialisation** de ces EHPAD. L'objectif n'est pas de rendre rigide l'accompagnement proposé par les EHPAD en n'acceptant qu'un profil donné de résidents au détriment des choix de ces usagers. L'idée est davantage de mettre en valeur les points forts de chaque EHPAD pour éclairer les choix des résidents et de leurs familles au moment de l'admission.

Concernant l'offre, les EHPAD de Montereau-Fault-Yonne et de Fontainebleau sont directement adossés aux plateaux techniques des sites hospitaliers. L'accueil de résidents présentant les pathologies les plus complexes en termes de soins techniques requis peuvent plus facilement être accompagnés dans ces EHPAD. En retour, les équipes sont particulièrement formées aux troubles lourds rencontrés au quotidien pour faciliter la compréhension et la communication avec les résidents. C'est dans cette logique qu'une formation de géro-psycho-geriatrie est délivrée en priorité aux personnels de ces deux EHPAD, formation rare sur un territoire où la géro-psycho-geriatrie n'est pas encore développée.

Concernant la demande, il est intéressant de dresser un état des lieux de la provenance médicale et géographique des résidents lors de l'admission pour comprendre les comportements de la population de ce territoire. Ainsi, 60%²⁴ des résidents de Fontainebleau habitent la ville quand 80% des résidents de Montereau-Fault-Yonne sont extérieurs au canton et connaissent une vulnérabilité sociale importante. Beaumont-du-Gâtinais, éloigné des sites hospitaliers, accueille des résidents venant de départements limitrophes mais très divers (Yonne, Essonne, Loiret). Par ailleurs, les EHPAD hors site hospitalier accueillent plutôt des résidents quittant leur domicile personnel alors que les EHPAD sur site reçoivent à hauteur de 80% des résidents issus d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces éléments doivent servir de base à la réflexion sur l'opportunité de communiquer autour d'une offre spécialisée auprès des partenaires du territoire et des résidents et des familles. Pour que cette réflexion soit efficace, elle nécessite de s'appuyer sur l'offre également proposée par les EHPAD publics et privés du secteur, ainsi que sur les dispositifs d'aides à domicile. Le cadre du GHT en cours de création, qui comprend un axe médico-social dans son projet médical partagé, peut être un bon support.

La connaissance de l'offre du territoire est primordiale et induit **l'élaboration plurisectorielle d'une cartographie de l'offre du territoire**, pour mieux projeter les

²⁴ Les chiffres proviennent des rapports d'activités 2015 ou 2016 des EHPAD.

objectifs fixés par les tutelles. A ce titre, le Schéma d'organisation régionale de l'offre médico-sociale (SROMS) de Seine-et-Marne pour la période 2015-2020, qui contient les orientations à suivre, indique que le nombre de personnes âgées en EHPAD va sensiblement décroître au profit des solutions de maintien à domicile.

Evolution de la part des 75 ans et plus dans la population

2010	2020	2030	2040
5,7 %	6,3 %	9,0 %	10,8 %

Source : projections INSEE, modèle Omphale

Le nombre de personnes dépendantes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile devrait être multiplié par trois en Seine-et-Marne d'ici 2030. Les EHPAD sont donc conduits à repenser leur rôle dans le maillage de l'offre territoriale pour conserver leur utilité sociale. Le SROMS fait part dans ses orientations que parallèlement au maintien à domicile, « il convient de favoriser les modes de prise en charge « alternatifs » : accueil familial, béguinage, accueil de jour, hébergement temporaire ». Les EHPAD du CH Sud 77 disposent aujourd'hui uniquement de places d'hébergement permanent. Un accueil de jour de huit places est programmé dans le futur EHPAD de Montereau-Fault-Yonne, prévu en 2020. L'EHPAD a donc un double enjeu à poursuivre : repenser son hébergement permanent en fonction des profils très dépendants des personnes accueillies, qui va de pair avec la valorisation de son orientation médico-sociale abordée précédemment. Le second enjeu va dans le sens des structures alternatives promues par les tutelles, ce qui implique un travail concerté avec les acteurs du territoire, en particulier les professionnels intervenant au domicile.

Ces éléments conduisent à une troisième piste d'exploration pour mettre en pratique les enjeux liés à l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées. Il s'agit de l'informatisation des dossiers patients, atout majeur du parcours coordonné. Sur ce sujet, il peut être intéressant pour le DESSMS de suivre le dossier avec les directions fonctionnelles concernées dans le cadre du GHT, car il peut être amené à coordonner le travail des équipes de cadres et des médecins coordonnateurs sur ce sujet pour s'assurer que les résidents en EHPAD bénéficient de cette continuité médicale que permet un dossier répertoriant l'ensemble de leur parcours de soins. Plus que l'aspect purement technique de l'informatisation qui n'est pas de son ressort, cet exemple montre bien **le rôle de représentation et de communication du DESSMS, qui se trouve à l'interface** d'acteurs aux missions complémentaires dans le cadre de la mise en œuvre des parcours de soins intégrés.

Ces trois pistes portent sur le rôle du DESSMS sur le territoire. Pour que ce rôle puisse être appliqué, pour que sa coopération avec les partenaires du territoire puisse être efficace, le

socle de départ demeure le fonctionnement bien huilé de l'encadrement sur site. En effet, ce fonctionnement est sous-tendu par une politique RH approfondie, conduite à la fois par les binômes de cadre sur chaque site et par le DESSMS en ce qui concerne l'accompagnement des cadres et la définition des orientations. Sur le moyen terme, ce sont bien des enjeux plus larges, communs avec le CH mais intégrant la spécificité du médico-social, tels que l'absentéisme, la communication sur l'évolution des métiers soignants, qui sont considérés. Dans ce panorama d'enjeux imbriqués, le DESSMS doit veiller à l'équilibre de ces prérogatives : participation à l'application du PE en lien avec les directions fonctionnelles, management des équipes de cadres et coordination de l'organisation propre aux EHPAD, partenariat avec les acteurs du territoire pour répondre aux orientations fixées par les organismes de tutelle. La dimension stratégique apparaît donc, et se concrétise par le liant opéré par le DESSMS entre ces aspects.

Conclusion

Le contexte multisite et le double enjeu sur les plans interne et externe donnent lieu à une alternance des responsabilités et des rôles sur plusieurs niveaux tout au long de ce travail. Ces éléments permettent finalement de répondre à la question initiale portant sur le rôle stratégique du DESSMS au sein d'un CH multisite. La réorganisation générale avec la fusion-crédation comme transformation socle ouvre un espace pour constituer un secteur EHPAD qui, de manière consolidée, recouvre une part importante de l'offre en lits du CH. Ce changement au sein des EHPAD se matérialise avant tout par l'encadrement sur site. Dès lors que cet encadrement, composé d'un binôme de cadres accompagné par un médecin coordonnateur, est opérationnel et que l'ensemble des cadres coopèrent, les EHPAD disposent d'une architecture en quelque sorte pour redynamiser les prestations d'accueil et d'hébergement des résidents, objectif premier pour une institution telle qu'un EHPAD. C'est à ce premier niveau que la plus-value du DESSMS transparaît.

Elle s'inscrit dans un double registre : d'une part, le DESSMS va coordonner l'ensemble formé par cet encadrement de proximité ; d'autre part, l'apport du DESSMS dans la participation du CH à l'ancrage territorial des EHPAD, à leur ouverture sur l'extérieur, repose sur le bon fonctionnement de ces binômes, en particulier sur leur gestion des affaires courantes et sur leur relation de proximité avec les équipes de terrain. Une forme de réciprocité s'instaure.

Dans le cadre de la coordination exercée auprès des cadres, le DESSMS a pour rôle de placer les cadres dans les meilleures conditions. Ainsi, il convient de mettre en œuvre des outils, à forte connotation RH, tels que des outils promouvant la formation continue des cadres, mais aussi et surtout des agents. Une nouvelle fois, le DESSMS s'inscrit sur un double versant : le court terme avec la constitution de ces outils RH et leur appropriation, mais aussi le long terme car ces outils servent le pilotage des EHPAD.

En définitive, la structuration de ces EHPAD multisites vise à présenter une offre et un mode de fonctionnement clairement définis aux partenaires du territoire, ainsi qu'aux tutelles, pour le développement des prestations d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire. Il sera ainsi plus aisé de faire ressortir les complémentarités de l'offre territoriale dans son ensemble, et de poursuivre l'objectif de parcours fluide pour les personnes âgées. De multiples structures concourent à cet objectif. L'hôpital, pour rejoindre efficacement ces structures, gagne à assurer une coordination forte entre ses sites puisque cette coordination apparaît comme un levier de performance si elle devient effective : besoins des résidents, management des agents et gestion financière saine et propice aux projets peuvent éventuellement être réunis en un cercle vertueux.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Ministère des Affaires sociales, de la Santé, du Droit des femmes. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016 [visité le 30.05.2017], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913243>

Ministère des Affaires sociales, de la Santé, du Droit des femmes. Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015 [visité le 30.05.2017], disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

Secrétariat d'Etat chargé de la Santé. Décret, n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur travaillant dans un EHPAD. [En ligne]. Journal officiel, n°0205 du 4 septembre 2011 [visité le 27.08.2017] Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/9/2/SCSA1030095D/jo>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'actions sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, 3 janvier 2002 [visité le 30.05.2017] ? disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo#JORFSCTA000000904942>

Ouvrages

IMBERT M., 2015, *La communication managériale – Méthodes et bonnes pratiques*, Paris : Dunod, 253 p.

KOTTER J., 2015, *Conduire le changement – Feuille de route en huit étapes*, Tours : Pearson France, 213 p.

KOURILSKY Françoise, 2014, *Du désir au plaisir de changer*, 5^{ème} édition, Malakoff : Dunod, 311 p.

MAISONNEUVE Jean, 2013, *La psychologie sociale*, 22^{ème} édition, Paris : PUF, 122 p.

MUCCHIELLI R., 2013, *Le travail en équipe – Clés pour une meilleure efficacité collective*, 14^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 203 p.

Articles

ANDRY Tiffany, 2016, « Le cadre de proximité, acteur clé de la motivation et de l'implication organisationnelle », *Communication et organisation*, n°50, p.179-202.

BERTEZENE S., DUBRION B., 2017, « La coopération des réseaux de santé en gérontologie », *La Revue des Sciences de Gestion*, n°283, p.73-84.

BERTHEL M., PETER-BOSQUILLON M-C., 2012, « Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires. Acteurs et métiers du soin », *Gérontologie et société*, vol.35, n°142, p.15-30.

CHARRAS K., CERESE F., 2017, « Etre chez-soi en EHPAD : domestiquer l'institution », *Gérontologie et société*, vol. 39, n°152, p.169-183.

HASSANI Nadia, 2016, « Conduite du changement organisationnel : le paradoxe d'une intervention systémique brève et durable », *Communication et management*, vol.13, n°1, p.79-92.

LEPINE V., 2009, « La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante - La communication des cadres de santé. », *Communication et organisation*, n°36, p.96-107.

LESPEZ V., 2017, « L'avenir des EHPAD, entre médicalisation accrue et plateforme de services pour un territoire », APMnews.com, [visité le 24.03.17], Disponible sur Internet : <http://www.apmnews.com/depeche/92667/301381/l-avenir-des-ehpad--entre-medicalisation-accrue-et-plateforme-de-services-pour-un-territoire>

Rapports

LUSSIER M-D., DUCHANGE E., HOAREAU V., « Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire. Projet piloté par l'ANAP en 2011. », ANAP, Janvier 2012, 80p.

TOUPILLIER D., YAHIER M., « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Janvier 2011, pp 1-36.

Thèses et mémoires

EPISSÉ C., 2007, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient. L'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge* [en ligne], Mémoire filière DESS : ENSP, [visité le 06.08.2017], Disponible sur Internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/dess/episse.pdf>

FRANZI B., 2013, *Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement* [en ligne], Mémoire filière Directeur des soins : EHESP, [visité le 20.07.2017], Disponible sur Internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/ds/franzi.pdf>

HENRY I., 2007, *Conduire le regroupement d'EHPAD pour améliorer l'offre de service dans le cadre d'une intercommunalité* [en ligne], Mémoire CAFDES : ENSP, [consulté le 08.08.2017], Disponible sur Internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/cafdes/henry.pdf>

Revue

ANAP, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social*, 102 p.

ANAP, 2011, *Piloter la performance dans le secteur médico-social – Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage*, 52 p.

ANAP, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines – La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, 86 p.

Sites internet

ARS Ile-de-France, Cadre d'orientation stratégique 2018-2027, [visité le 20.07.2017], Disponible sur Internet : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/prs-cadre-orientation-strategique-2018-2027.pdf>

FHF Ile-de-France, Recherche cartographique – département de Seine-et-Marne, [visité le 30.05.2017], Disponible sur Internet : <https://etablissements.fhf.fr/annuaire/carte-departement.php?dpt=77>

Département de Seine-et-Marne, Schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées 2015-2020, [visité le 20.07.17],

Disponible sur Internet :

[file:///C:/Users/Allison%20CANNIZZARO/Downloads/Sch%C3%A9ma%20d%C3%A9partemental%20de%20soutien%20%C3%A0%20l'autonomie%202015-2020_OK%20version%20longue%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Allison%20CANNIZZARO/Downloads/Sch%C3%A9ma%20d%C3%A9partemental%20de%20soutien%20%C3%A0%20l'autonomie%202015-2020_OK%20version%20longue%20(1).pdf)

Centre national de gestion, Référentiel métier directeur d'établissement social et médico-social, [visité le 30.05.17], Disponible sur Internet :

file:///D:/EHESP/Commandes%20et%20Mémoire/Lectures/Referentiel_D3S_Mission_DG_OS-CNG.pdf

Autres documents

Projet d'établissement (2017 – 2022) du CH Sud 77

Rapports d'activités

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'analyse lors de l'observation de l'organisation et du fonctionnement des cadres de santé de l'EHPAD de Fontainebleau.

ANNEXE 2 : Fiche de poste de la fonction « maîtresse de maison ».

ANNEXE 3 : Grilles d'entretien du trinôme : cadre administratif / cadre de santé / médecin coordonnateur.

ANNEXE 4 : Questionnaire de recensement des souhaits de formation continue des soignants.

ANNEXE 1 : Grille d'analyse lors de l'observation de l'organisation et du fonctionnement des cadres de santé de l'EHPAD de Fontainebleau.

Temps d'observation cadres de santé - Fontainebleau

Objectif : Comprendre les enjeux du renforcement du management de proximité à travers les pratiques actuelles en termes d'organisation et de fonctionnement à Fontainebleau.

Contexte : Temps de vie institutionnelle où il est possible d'observer les relations de travail entre cadres de santé et équipes soignantes :

- Semaine du 5 décembre 2016 : Transmissions du midi et du soir, auprès des quatre services. Cadres de santé présentes lors des transmissions du midi, IDE en charge des transmissions du soir.
- Mai 2017 : Temps d'un déjeuner avec les résidents, temps d'un dîner avec les résidents.
- Mercredi 14 juin 2017 : Accompagnement d'une cadre de santé dans ses activités quotidiennes, une matinée.

Grille d'observation :

- Observer les tâches quotidiennes des cadres de santé
 - Temps passé sur les plannings et les remplacements ;
 - Temps passé à interagir avec la cadre supérieure de santé, avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux, temps passé en réunion ;
 - Temps passé dans les services, et moments de vie correspondant ;
 - Autre.
- Relever les difficultés rencontrées, exprimées par les cadres ou observées :
 - Echanges directs sur le sujet avec les deux cadres de santé ;
 - Observer les prises de parole lors des réunions pluriprofessionnelles (fréquence des interventions, nature des interventions) ;
 - Comparaison avec les cadres de santé des autres EHPAD.
- Relations cadres / soignants et organisation du service hors des temps de travail des cadres
 - Nature et tonalité des échanges ;
 - Moments où les échanges sont les plus fréquents / les moins fréquents ;
 - Positionnement des IDE en présence et hors présence des cadres vis-à-vis des AS et des ASH ;
 - Retours spontanés des soignants ;
 - Comparaison avec les cadres de santé des autres EHPAD.

ANNEXE 2 : Fiche de poste de la fonction « maîtresse de maison ».



Centre Hospitalier du Sud Seine-et-Marne
55, boulevard Joffre
77205 FONTAINEBLEAU Cedex

Intitulé du poste :

Maîtresse de maison

Grade :

Aide-soignante (A.S.) ou Aide médico-psychologique (A.M.P.)

Descriptif du poste, mission générale

Assurer la coordination du séjour du résident dans toutes les dimensions de sa prise en charge

Positionnement dans l'organigramme

Rattachement hiérarchique : Directeur des E.H.P.A.D., cadre administratif

Responsabilités hiérarchiques directes : A.S., A.S.H., A.M.P.

Rattachement fonctionnel : cadre de santé de l'E.H.P.A.D.

Relations fonctionnelles

I.D.E.

Médecin coordonnateur de l'E.H.P.A.D.

Médecins traitants

Horaires de travail

8h30-16h30 / 9h30-17h30

Un week-end de présence pour chaque maîtresse de maison (rotations)

Pénibilité éventuelle du poste

Adaptation permanente aux situations de soins et de vie des résidents

Missions principales :

Organisation de la prise en charge des résidents

Participe à l'accueil et à l'intégration du résident : organisation de l'accueil (chambre, plan de table, annonce,...), planification des soins, référent institutionnel du résident auprès des autres professionnels et des familles ;

Co-construction et garant de l'application et des révisions des projets de vie individualisés (P.V.I.) des résidents en référence ;

Participation à la gestion de l'animation (organisation de la participation des professionnels) ;

Coordination des prises en charge (fonctionnement unité de vie, management, transmission d'informations, gestion du dossier, examens, imagerie, consultations externes, incontinence) en collaboration avec le médecin coordonnateur;

Gestion de la sortie du résident (gestion des rendez-vous et du transport)

Gestion RH

Encadrement d'équipe(s)

Qualité – Gestion des risques

Contrôle et suivi de la qualité, de la sécurité des soins et des activités dont il a la charge

Evaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec le cadre de santé

Participation à la démarche qualité (évaluation interne et externe, audits, D.A.R.I.)

Equipements – travaux – logistiques

Gestion de l'entretien du linge (résident + unité)

Gestion de la maintenance des locaux et des équipements

Suivi de l'hygiène des locaux et des équipements

Gestion de la restauration

Missions spécifiques

Dispenser les soins (participer aux soins selon l'analyse qui est faite de la situation, sans faire partie du roulement ; réaliser les toilettes évaluatives, évaluer les prises en charge complexes)

Compétences requises

Maîtrise des gestes à prodiguer, évaluation et développement des comportements professionnels liés à la bienveillance, connaissance des termes médicaux, savoir formaliser par écrit et remplir les dossiers de soins

Aptitude au management, à l'animation, à l'encadrement

Esprit d'initiative

Capacités d'écoute, de mise en synergie, d'animation d'équipe

Capacité à transmettre la communication institutionnelle

Connaissance de la gestion du temps de travail

Maîtrise de la bureautique et des logiciels de soins

Expériences nécessaires ou conseillées :

D.E.A.S. ou A.M.P.

Expérience dans une structure d'hébergement souhaitée

Documents associés :

ANNEXE 3 : Grilles d'entretiens semi-directifs du trinôme : cadre administratif / cadre de santé / médecin coordonnateur.

CADRE ADMINISTRATIVE :

Objectif : Observer la perception de son rôle dans le projet des EHPAD.

Présentation du sujet : Des changements sont en cours au sein des EHPAD du CH. Fontainebleau expérimente la nouvelle organisation sur site. Tu es arrivée récemment et tu es au cœur de ces changements, donc j'ai besoin de ton avis sur le sujet.

Consigne de départ : « Peux-tu m'expliquer quelles sont les actualités pour le projet EHPAD ? »

Thématiques :

- **Organisation multisite :**
 - Avis sur la nouvelle configuration de l'encadrement sur site (expérimentation à Fontainebleau, mise en œuvre envisagée sur les autres sites) ;
 - Travail avec les autres cadres administratifs pressentis (fréquence, nature, points positifs, étapes restant à franchir, état de l'avancée de la montée en puissance sur ce poste, plus-value pour les EHPAD à terme) ;

- **Rôle propre dans l'organisation de l'encadrement sur site :**
 - Relations avec les directions fonctionnelles ;
 - Relations avec la cadre supérieure de santé, les cadres de santé, le médecin coordonnateur ;
 - Retour d'expérience sur la fonction particulière de représentante de la direction ;
 - Perception de l'intérêt de l'organisation sur site pour la projection sur le territoire ;
 - Apports / difficultés

- **Projet :**
 - Quels éléments sont associés ;
 - Quelles conditions pour que le projet fonctionne ;
 - Avancée jusqu'à présent ;
 - Avis sur le rôle du futur DESSMS.

CADRE SUPERIEURE DE SANTE :

Objectif: Observer la perception du rôle respectif dans le projet des EHPAD et le positionnement face à la dynamique de changement.

Présentation du sujet: « Des changements sont en cours dans les EHPAD. Vous avez connu différents types d'organisation jusqu'à présent, et différents rôles à incarner par les cadres de santé des EHPAD. Je sollicite donc votre avis sur le développement du « secteur EHPAD » avec les évolutions à venir. »

Consigne de départ: « Pouvez-vous me résumer la situation actuelle de l'EHPAD de Fontainebleau dans les projets en cours ? »

Thématiques:

- **Organisation multisite :**
 - Relations jusqu'à présent de Fontainebleau avec les EHPAD rattachés au CH ;
 - Conception d'un travail commun avec les cadres de santé des autres EHPAD ; quelles modifications par rapport au mode de fonctionnement unisite ;
 - Apports à produire et à recevoir par l'EHPAD de Fontainebleau (sur le plan organisationnel) ; difficulté majeure envisageable avec l'harmonisation des pratiques ;
 - Intégration du « secteur EHPAD » dans le CH Sud 77 : quelle traduction ?

- **Rôle propre dans l'organisation de l'encadrement sur site :**
 - Parcours depuis son arrivée au CH Sud 77 ;
 - Evolution du métier de cadre de santé de manière générale ; à l'EHPAD de Fontainebleau ;
 - Articulation avec la cadre administrative et le médecin coordonnateur ;
 - Articulation avec les cadres de santé de Fontainebleau et quelle évolution au regard du fonctionnement des cadres de santé des EHPAD intégrés au projet ;
 - Quelle plus-value majeure dans la coopération avec les autres professions médicales et paramédicales ;
 - Perception du rôle de l'organisation sur site dans la projection sur le territoire.

- **Projet :**
 - Quels éléments sont associés ;
 - Quelles conditions pour que le projet fonctionne ;
 - Quels projets particuliers pour les cadres de santé dans leur périmètre d'activité ?
 - Quelle évolution des fonctions des cadres de santé avec l'intégration des « maîtresses de maison »
 - Avis sur le rôle du futur DESSMS

MEDECIN COORDONNATEUR

Objectif : Perception du projet des EHPAD et du rôle du médecin coordonnateur

Nb : L'entretien s'est déroulé avec le médecin coordonnateur d'un site autre que Fontainebleau, car il était davantage en accord les objectifs du projet, et il était intéressant d'avoir une opinion émanant d'un autre EHPAD que Fontainebleau, mais concerné également par la mise en place progressive du projet.

Présentation du sujet : « La construction des nouveaux EHPAD et la fusion sont l'occasion de déployer un « secteur EHPAD », qui n'existe pas en tant que tel aujourd'hui. En tant que médecin coordonnateur impliqué dans les projets de vie des résidents, je souhaite recueillir votre avis sur la façon dont va se traduire ce projet EHPAD pour vous. »

Consigne de départ : « Pour commencer, pouvez-vous m'expliquer comment sont élaborés les projets de soin au sein de cet EHPAD ? »

Thématiques :

- **Rôle en interne du médecin coordonnateur :**
 - Partage de son temps avec son travail de médecin gériatre en service hospitalier ;
 - Organisation du travail avec la cadre de santé, avec les équipes soignantes ; perception de son rôle dans l'encadrement des projets de soins, et de l'apport du projet de soins pour les résidents ;
 - Articulation du volet purement médical avec le volet de vie sociale du résident ;
 - Coordination facilitée avec les services hospitaliers pouvant accueillir les résidents ou se déplacer en EHPAD ;
 - Projection en multisite, avec d'autres collègues médecins coordonnateurs.

- **Rôle en externe du médecin coordonnateur :**
 - Liens avec des partenaires du territoire dans le secteur libéral ;
 - Rôle dans le parcours de soins du résident et évolution de ce rôle avec la mise en œuvre d'un projet EHPAD ;
 - Sens de créer un secteur EHPAD par rapport au développement du secteur médico-social dédié à la personne âgée sur le territoire

- **Projet**
 - Quels éléments renvoient à ce projet ;
 - Avis sur l'aspect « renforcement de la qualité de l'hébergement » souhaité ;
 - Avis sur la présence d'un DESSMS dédié ;
 - Avis sur des partenariats à privilégier, sur le bénéfice d'une harmonisation des pratiques.

ANNEXE 4 : Questionnaire de recensement des souhaits de formation continue des soignants.

<p style="text-align: center;">QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE RECUEIL DES SOUHAITS DE FORMATION CONTINUE DANS LE CADRE DU NOUVEAU PROJET DES EHPAD</p>
--

Nous vous demandons de renseigner le questionnaire ci-dessous afin de mieux vous connaître et de construire ensemble un projet pour les EHPAD du Centre hospitalier. Ce projet a le souci d'intégrer toute proposition pour répondre à la fois au bon accompagnement des résidents et au parcours professionnel souhaité de chaque soignant ou membre de l'équipe d'animation.

N'hésitez pas à solliciter l'aide de votre cadre de santé ou [des services administratifs de l'EHPAD] pour renseigner le questionnaire.

Vos réponses ne valent en aucun cas engagement ou accord de votre part pour se rendre à une formation donnée. Le recueil des souhaits de formation est toujours réalisé par la cadre de santé de l'EHPAD, lors de l'entretien professionnel annuel.

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à remplir ce questionnaire.

LE QUESTIONNAIRE EST A ADRESSER AU PLUS TARD LE 12/06/17 A VOTRE CADRE DE SANTE OU DIRECTEMENT AU SECRETARIAT DE L'E.H.P.A.D. (par voie papier ou en version électronique scannée : [adresse mail])

Informations générales relatives à l'agent

NOM, prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Statut :	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> CDI
Catégorie, Métier, Grade :	
Date d'entrée dans le service :	dans l'établissement :

Formation initiale et expérience professionnelle

<u>Intitulé du diplôme :</u> (Facultatif)	<u>Domaine :</u>	<u>Date</u>	<u>d'obtention :</u>
<input type="checkbox"/> diplôme du métier actuel			
<input type="checkbox"/> BEP / CAP / CFP			
<input type="checkbox"/> BP / BAC / BT			
<input type="checkbox"/> BTS / DUT / DEUST			
<input type="checkbox"/> Autre(s)			
<u>Expériences professionnelles :</u>			
Durée :	Intitulé :	Etablissement :	Missions
et responsabilités :			
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

Poste occupé actuellement

Service :	
Poste occupé :	<input type="checkbox"/> Jour / <input type="checkbox"/> Nuit (quotité temps travail :
) depuis le :	
Principales missions exercées dans le cadre du poste actuel :	
Compétences : Facultatif	
<input type="checkbox"/> Techniques :	<input type="checkbox"/> Organisationnelles :
<input type="checkbox"/> Relationnelles :	<input type="checkbox"/> Spécifiques dans le service :
<input type="checkbox"/> Managériales :	<input type="checkbox"/> Générales et personnelles :

Formations récentes et besoins actuels

Formations professionnelles continues significatives :

Intitulé :

Dates :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Souhaits de formation :

Délai :

- Formation liée à l'adaptation immédiate au poste de travail
- Formations liées à l'évolution des métiers
- Formations liées au développement des qualifications ou l'acquisition de nouvelles qualifications

Intérêts (plusieurs choix possibles):

- Alzheimer
- Gériatrie
- Personnes non communicantes
- Soins Palliatifs
- Temps relationnel avec le patient (toucher massage, nutrition ...)
- Tutorat
- Travail en équipe
- Autre : _____
- Préparations aux concours
- Autres actions de formation (VAE, bilan de compétence, congé de formation...)

Avis sur les formations effectuées jusqu'à présent : points positifs / points à améliorer :

Observations :

CANNIZZARO

Allison

Décembre 2017

Directeur d'établissement sanitaire, social, médico-social
Promotion 2016 - 2017

Le DESSMS en organisation multisite : un levier stratégique ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Une fusion-crétion entre centres hospitaliers doit offrir de nouvelles opportunités de développement à l'ensemble de ses activités. Dans un contexte sanitaire et médico-social en profonde évolution, en raison notamment du vieillissement démographique, un changement tel qu'une fusion doit permettre à ses EHPAD de repenser leur fonctionnement.

La coopération se construit d'abord en interne. Proposer un projet EHPAD fondé sur une organisation harmonisée apparaît alors comme une opportunité. L'encadrement sur site en constitue la pièce maîtresse et doit se reposer sur un directeur délégué afin d'en assurer la coordination et de faciliter la dimension opérationnelle.

Ce travail se fonde sur le rôle stratégique du DESSMS dans une organisation multisite de ce type. Une étude de terrain auprès des cadres et une étude bibliographique sur la conduite du changement viennent corroborer cette hypothèse. Les outils RH, notamment la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, permettent la mise en application de cette dimension dite stratégique.

Le déploiement du projet des EHPAD au CH Sud 77 est en cours de réalisation. Cette hypothèse et les moyens qui l'animent ont donc valeur de proposition d'orientation managériale et ont vocation à être évalués et adaptés pour répondre au mieux, dans leur périmètre, aux attentes et aux besoins des personnes âgées en matière d'hébergement institutionnel, en bonne complémentarité avec l'ensemble de l'offre du territoire.

Mots clés :

Organisation multisite, encadrement de proximité, harmonisation, ressources humaines, parcours de soins, EHPAD, centre hospitalier.

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