
DESSMS

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Démarche stratégique en EHPAD : pour une réponse optimale aux besoins d'accompagnement et la consolidation du positionnement d'un établissement.

L'exemple de la Résidence de l'Etang.

« En gérontologie, il est question de qualité de vie, et pas seulement de soin technique. On n'est pas soignant dans ce secteur pour faire des miracles de médecine, mais pour faire des miracles d'humanité »

Mme Geneviève Laroque

Vincent BLANC

Remerciements

Je tiens à remercier par ces quelques lignes l'ensemble des personnes que j'ai côtoyé et qui m'ont soutenu durant toutes ces années d'études, progression professionnelle et plus particulièrement durant le stage de professionnalisation la Résidence de l'Etang :

- Toutes celles et ceux qui m'ont offert de leur temps dans le cadre ces années et de ce mémoire,
- Jean René LEDOYEN qui a encadré ce travail,
- Céline CLOUIN, Directrice à la Résidence,
- Les Résidents, professionnels, membres des instances et élus de Marcillé-Robert et de la Résidence notamment le Maire –M. CHAPON- et son adjoint – M. VALLEE.

Encore une fois, merci à toutes et tous.

Sommaire

Avant-propos	2
Introduction	3
1 La démarche stratégique : une responsabilité du directeur fruit d'un processus participatif	7
1.2 Les étapes essentielles de l'analyse : un processus analytique	8
1.2.1 Réaliser une analyse documentaire, juridique et territoriale	8
1.2.2 Des entretiens enrichissants pour déterminer les notions essentielles	9
1.2.3 Une observation participante	9
1.3 Les propositions et choix : fruit de méthodes participatives	10
1.3.1 Un mode de proposition consensuel en équipe de direction	10
1.3.2 Des choix stratégiques avec assentiment des instances à la recherche de pérennité pour l'établissement	10
1.3.3 Des choix tactiques et de mise en œuvre travaillés en équipe	10
1.3.4 Encadré de synthèse : éléments de cadrage méthodologique de la démarche stratégique	11
2 Présentation contextualisée de la Résidence de l'Etang : l'analyse externe et interne	11
2.1 Diagnostic externe : déterminer les opportunités et menaces au regard des besoins exprimés	11
2.1.1 Contexte et facteurs globaux : les grandes caractéristiques du secteur médico-social en France	12
2.1.2 Les facteurs régionaux et / ou territoriaux : les dynamiques de projet et de parcours	20
2.1.3 Les facteurs externes locaux	23
2.1.4 Encadré de synthèse du diagnostic externe : des risques sociétaux mais des opportunités pour la Résidence	27
2.2 Diagnostic interne de la Résidence de l'Etang : déterminer les forces et faiblesses des ressources disponibles	28
2.2.1 L'accompagnement, cœur de métiers de la Résidence versus prise en charge cœur de métiers du sanitaire	28
2.2.2 Des modes d'organisation actuels inappropriés parce que construits pour une structure de petite taille	28
2.2.3 Les ressources humaines, financières, matérielles, naturelles disponibles : un vivier local de compétences à développer et exploiter	29

2.2.4	Encadré de synthèse du diagnostic interne	29
2.3	Abrégé du diagnostic : des domaines d'activité stratégique insuffisamment spécialisés ou diversifiées pour les uns ; risque de fermeture pour les autres.....	29
2.3.1	Les domaines d'activité stratégique : accueil de jour ; hébergement classique, temporaire ou spécialisé ; et activités accessoires	30
2.3.2	Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie.....	31
2.3.3	Les 2 domaines des services supports : technique et administratif.....	33
2.4	Encadré de synthèse : conséquences du diagnostic	33
3	Propositions stratégiques et de mise en œuvre	34
3.1	Propositions par domaines d'activité stratégique	34
3.1.1	Des domaines d'activité stratégique à reconsidérer.....	34
3.1.2	Les modes d'accueil : de jour, temporaire et d'urgence	34
3.1.3	Les modes d'hébergement : accroître la spécialisation et investir de nouveaux segments	34
3.1.4	Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie.....	35
3.2	Faire évoluer le positionnement territorial : propositions stratégiques pour parvenir au positionnement optimal	36
3.2.1	Les stratégies collaboratives : améliorer l'ancrage territorial pour favoriser les parcours	36
3.2.2	Accroître les niveaux de compétences internes pour favoriser la qualité des accompagnements	37
3.2.3	Deux projets stratégiques pour développer la qualité des accompagnements et la reconnaissance de la Résidence comme acteur incontournable.....	38
3.3	Nouvelle structuration d'organisation interne	42
3.3.1	Une nouvelle structuration: de 12 services à 4 pôles : la création d'un corps d'encadrants intermédiaires constitutif de l'équipe d'encadrement.....	42
3.3.2	Un nouvel organigramme pour des responsabilités clairement identifiées ..	43
3.3.3	La nouvelle structuration interne : l'exemple du pôle technique	44
	Conclusion.....	47
	Sources et bibliographie	49
	Table des matières	56
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection de longue durée
AP-HP	Assistance publique hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
C POM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
DAS	Domaines d'activité stratégique
DESSMS	Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
DRESS	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHESP Conseil	Association d'audit et de conseil des élèves de l'EHESP
EHPAD	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etats prévisionnels de recettes et de dépenses
ESSMS	Etablissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs
FPH	Fonction publique hospitalière
FPH	Fonction publique hospitalière
GHT	Groupements hospitaliers de territoire
GIR 7	Association de directeur d'EHPAD (FPH) en Ille et Vilaine
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PAERPA	Parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PPI	Plan pluriannuel de financement
PPT	PowerPoint
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

Avant-propos

Initialement, c'est-à-dire au début de la formation de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESSMS), j'avais la volonté de rédiger un mémoire autour du thème de la gouvernance des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS) pour comprendre le contexte de mes futures fonctions et cela dans le cadre de la construction des groupements hospitaliers de territoire (GHT), car ce sujet me semblait « bouillant et pertinent ». Mais ce thème c'est avéré bien trop vaste, conceptuel et polémique. Il pourrait être le sujet d'un travail bien plus complet par exemple celui d'une thèse.

Dès lors, suite au retour fait par les lecteurs de de mon projet, sur les conseils du groupe d'élèves de l'EHESP tutorés par Mme Alis SOPADZHIYAN¹ (enseignante de l'EHESP qui suivait mon travail) et en accord avec ma maître de stage (Mlle C. CLOUIN²) et mon encadrant de mémoire (J.R. LEDOYEN³), j'ai recentré ce travail sur l'établissement dans lequel j'étais en stage de professionnalisation : la Résidence de l'Etang, établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) public autonome. J'ai ainsi eu pour objectif partagé de proposer un projet pragmatique et concret, appliqué dans ce cadre, qui puisse m'apporter une plus-value dans la perspective de ma prochaine prise de poste.

Après ces évolutions, ce mémoire a pris la forme d'une démarche stratégique préparatoire en vue de la future rédaction du projet d'établissement qui retracera les actions mise en œuvre durant cette période et des perspectives potentielles, sans développer les modes de coopération qui ne dépendent pas exclusivement du directeur de structure similaire.

Son principal objectif est d'assurer la pérennité de l'établissement par une réponse toujours plus adaptée aux différents besoins identifiés. En outre, ce travail répondra aux problématiques relatives au maintien du niveau de qualité des accompagnements requérant des compétences appropriées, tout en tenant compte des contraintes économiques et légales en faveur des parcours des personnes, notamment par une amélioration continue de la qualité de vie au travail (QVT), pour lesquelles la collaboration interne et externe sont un préalable nécessaire et un atout majeur.

Ainsi, ce travail répond donc de façon concrète aux défis de la Résidence de l'Etang au dépend d'un travail qui aurait été plus conceptuel. Il est transférable à d'autres établissements présentant des similitudes avec la situation qui nous occupe. Il pourra être « reproduit » lors de ma prise de poste (surtout si elle l'est en tant que chef d'établissement) qui aura lieu au 1^{er} janvier 2018.

¹Maître de conférences en science politique - Département SHS [web] / Chaire Social care – Lien social et santé - CRAPE-ARENES (UMR 6051)

² Directrice de la Résidence de l'Etang

³ Responsable de la formation des Directeurs des soins à l'EHESP

Introduction

Pour compléter ce propos liminaire, il est loisible d'expliquer que dans les premiers jours de mon stage de professionnalisation aux fonctions de DESSMS, plusieurs éléments diffus m'ont interrogé relativement à l'environnement, l'organisation et la réponse aux besoins apportés par **la Résidence de l'Etang**. Il a s'agit notamment d'une **réunion de coopération** prévue au centre hospitalier (CH) voisin (de JANZE (35)) ; de la première des nombreuses **réunions de l'équipe d'encadrement** de cet EHPAD où j'étais stagiaire. Ils participèrent aux points de départ de la problématique de ce mémoire.

Dans ce mémoire, il s'agira de **poser les bases d'une démarche stratégique, spécifique⁴ et adaptée à la Résidence de l'Etang en faveur des personnes âgées et de leurs familles**. **La démarche stratégique, «c'est rendre possible ce qui est nécessaire» (Serge Tchuruk, 1995).**

La démarche qui va suivre tiendra compte du statut de la Résidence - EHPAD public autonome- et de sa mission de service public dans un secteur concurrentiel régulé par l'Etat. Cette démarche se scinde en plusieurs étapes. Elle constituera le socle du futur projet d'établissement, c'est-à-dire au-delà de cette période de stage. L'analyse concurrentielle (étape 1), les propositions et choix (étapes 2 et 3) qui en découlent seront décrites dans ce mémoire. Cette démarche pourra être dupliquée dans d'autres établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (ESSMS). **Ainsi après l'analyse interne/externe, ce mémoire proposera des stratégies et des solutions concrètes en positionnement territorial d'une part et un mode de gouvernance et d'organisation interne d'autre part. L'objectif est de continuer à proposer et développer une offre pérenne économiquement et adéquate aux besoins médico-sociaux des usagers.**

Ce mémoire se voudra comme l'application d'un travail qui, potentiellement, pourrait être le 1^{er} acte à mener à chaque prise de postes en tant que chef d'établissement - probabilité importante au sortir de la formation de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESSMS) suivie à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)–.

Pour expliciter ce choix de mémoire , et donc de cette démarche, les quelques lignes introductives ci-après vont développer tout d'abord 2 points expliquant le besoin de réaliser une analyse concurrentielle (analyse externe en point 1 et interne en point 2) pour proposer une vision stratégique (point 3) dont la vocation sera d'être reprise dans le futur projet d'établissement (point 4).

Point 1 : Une démarche stratégique en réponse aux questions soulevées par l'environnement.

⁴ La démarche stratégique suivie ici sera spécifique et adaptée. Elle tiendra compte des particularités des organisations non marchandes mais également marchandes, c'est-à-dire intégrant des contraintes de mission de service public dans un domaine concurrentiel : Management - Epreuve 7 Du Dcg : Bruno Bonnefous-Hachette Supérieur : fiche 21 page 51

Les multiples pressions de l'environnement, ressenties par la direction⁵ de la Résidence, nous ont conduits à souhaiter réaliser une analyse externe de l'environnement.

La pression induite au niveau « macro⁶ », par l'effervescence du secteur sanitaire en rapport avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT⁷), interrogeait les modes de gouvernance. Le sujet du **GHT⁸** était régulièrement abordé dans chaque réunion du GIR 7 (Association de directeur d'EHPAD en Ille et Vilaine). **Faut-il y entrer ? Comment ? Pourquoi ? Le centre hospitalier universitaire (CHU) de RENNES, qui est l'établissement support, le souhaite-t-il⁹ ?...**

L'idée de création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), défendue par la directrice du CH voisin de Janzé¹⁰, (désormais renommé [CH de la Roche aux fées](#)) lors de la 1^{ère} réunion de coopération à laquelle nous étions conviés, questionnait la finalité même de nos missions (sanitaire ou médico-sociale). **Comment assurer des dynamiques de parcours, de vie ou de soins, efficaces ? Comment obtenir les compétences nécessaires ? Comment collaborer ? Avec qui ? Le GCS, au-delà de l'instrument juridique, constitue-t-il un « avantage(s) pour les résidents¹¹ » ? Est-il le meilleur moyen pour améliorer la réponse aux besoins locaux notamment du territoire de santé breton numéro 5 ? La qualité en sera-t-elle améliorée ? D'autres alternatives existent-elles ?**

Ces interrogations et ces doutes symbolisaient la dualité entre les secteurs sanitaire d'une part, et social et médico-social d'autre part.

Quelle est la finalité de la Résidence ? Quels sont ses buts ? Doit-elle prendre en charge ou accompagner ? Qui ? Quel est son cœur de métier ?

Par ailleurs, les questions sur le devenir de l'EHPAD communal de Marcillé-Robert était une problématique du Conseil d'administration –notamment les élus locaux dont le Maire et ses adjoints-. Dans ce contexte environnemental concurrentiel aux besoins d'accompagnement spécialisés croissants aux dépens des accompagnements classiques, la question sous-jacente était donc : **comment assurer la survie et la pérennité de cet EHPAD situé dans une commune excentrée qui cherche à maintenir ses services de proximité tout en garantissant la qualité de l'accompagnement de ses aînés ?**

C'est donc suite à ces premières questions, qu'analyser le positionnement territorial grâce à une analyse externe de l'environnement s'est imposé. Dans ce diagnostic, **seront spécifiés les domaines**

⁵ La direction de la Résidence sera entendue dans ce mémoire par ma Maître de stage (Directrice) et moi-même (Directeur stagiaire).

⁶ Les notions de « micro, méso et macro » sont utilisées pour distinguer des niveaux d'influence différents de l'environnement. Ils seront développés plus loin et adaptés au cadre de ce mémoire.

⁷ Les GHT : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>

⁸ <https://www.apmnews.com/dossier.php?objet=44>

⁹ J'appris plus tard par la coordinatrice FHF que le GHT avait envie de voir s'associer les EHPAD autonomes mais en groupe, c'est-à-dire via une forme de coopération qui aboutirait à en déterminer les représentants.

¹⁰ <http://www.ch-janze.fr/>

¹¹ Question posée par ma Maître de stage et les directeurs du GIR 7

d'activité stratégique¹² (DAS) pour déterminer les opportunités et les menaces pesant sur la Résidence.

Point 2 : Une démarche stratégique en réponse aux questionnements des personnels par rapport à leurs positionnements professionnels.

Le positionnement individuel des membres de l'équipe de direction était une problématique structurelle, organisationnelle et hiérarchique qui invitait à une analyse interne de l'organisation pour répondre aux besoins évoqués ci-avant.

L'équipe d'encadrement était composée de la directrice, du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, de la coordinatrice de vie sociale, de l'adjointe des cadres, de la psychologue de l'établissement, (moi-même temporairement).

La directrice relevait le nombre croissant d'impératifs administratifs qui embolisaient son temps ; les manques, liés aux besoins en compétences croissants nécessaires aux accompagnements réalisés à la Résidence notamment en qualité, sécurité et expertise ; les difficultés interpersonnelles, interprofessionnelles et interservices - qu'un audit EHESP Conseil¹³ (association d'audit et de conseil des élèves de l'école des hautes études en santé publique) réalisé auprès de l'équipe d'infirmières avait rapporté - contre lesquelles la directrice avait mis en place une formation en communication et des temps de concertation hebdomadaires.

La médecin coordinateur ne se sentait pas ou peu faire partie de la hiérarchie alors que cela apparaissait comme évident à la directrice; la coordinatrice des soins n'était pas ou peu reconnue comme légitime aux yeux des autres infirmières diplômées d'Etat (IDE) alors qu'elle souhaitait orienter sa carrière vers des fonctions d'encadrement ; la coordinatrice de vie sociale soulignait qu'encadrement ne se confond pas avec coordination et que cela implique une reconnaissance et un positionnement différent ; l'adjoint des cadres estimait « qu'on est tous responsables » ; la psychologue avait une position parfois ambiguë et difficilement tenable car participant à l'évaluation d'agents dont elle pouvait assurer le soutien psychologique.

Aussi, tous ces questionnements basés sur l'observation et nombreux entretiens informels, ont conduit à souhaiter analyser les fonctionnements. Cela constituera une partie de ce mémoire au travers d'un **diagnostic interne pour déterminer les forces et faiblesses de l'organisation.**

Point 3 : Une démarche stratégique, pour proposer une vision à moyen et long terme, est de la compétence et du devoir du DESSMS.

¹² A ce jour la Résidence de l'Etang est principalement positionnée sur la filière gériatrique mais assure des modes d'accompagnement différenciés, c'est-à-dire 83 places d'hébergement permanent (dont 12 unités de vie Alzheimer et 14 PASA) plus 2 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour.

¹³ Un audit [EHESP Conseil](#), mis en place à cause de difficultés interpersonnelles dans l'équipe d'infirmière, avait clairement établi que la place de l'IDEC, et selon moi de façon plus générale celle de l'encadrement, devait être renforcé.

Etre DESSMS, c'est orienter l'avenir des établissements grâce à la force de proposition que ces professions obligent à être. Il s'agit notamment de rassurer les parties prenantes tout en favorisant la motivation et l'implication des professionnels autour de valeurs, de buts et de projets communs.

Proposer des orientations à long terme sera donc la vocation de ce mémoire qui se voudra pragmatique et dont la mise en œuvre devra être complétée après le stage. Pour autant il intégrera des actions concrètes déjà mises en œuvre.

La démarche proposée empruntera des méthodes dévolues aux entreprises marchandes et non marchandes. Cette démarche stratégique constituera une solution hybride mais appropriée à la résidence de l'Etang et très certainement dans bon nombre d'ESSMS.

Cette démarche, pourrait tout à fait être renouvelée lors de prise de poste ou dans d'autres établissements.

Point 4 : Une démarche stratégique aura vocation, car fondée sur des valeurs portées par l'ensemble du personnel, à devenir le socle du prochain projet d'établissement (PE) et utile au futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le projet d'établissement est à refaire à la Résidence de l'Etang. Les propositions, notamment concernant les domaines d'activité ci-après, pourront tout à fait créer son socle.

Par ailleurs, même si la convention tripartite vient d'être signée, ce travail pour servir de « pré-CPOM¹⁴ » dans le dialogue avec les différentes parties prenantes.

En effet, l'objectif de la démarche stratégique dans un établissement comme la Résidence de l'Etang, est de proposer des solutions, faire des choix et appliquer une politique grâce à la mise en œuvre d'un projet d'établissement bâti sur des valeurs.

Ainsi bâtir cette démarche reviendra à répondre aux quelques questions suivantes :

- **Quels sont les besoins du territoire ? Donc, quels sont les besoins ? De quel territoire parle-t-on ?**
- **Quelles offres doit proposer la Résidence pour être en adéquation avec la demande et assurer sa survie?**
- **Pour ce faire, quelles sont ses ressources ?**
- **Quelle stratégie doit-elle adopter ?**
- **Quelle structuration d'organisation interne doit-elle mettre en place ?**

Le développement ci-après présentera le cadre méthodologique utilisé dans cette démarche stratégique(1), puis le diagnostic interne / externe qui en constitue la première étape (2), enfin les moyens -propositions, choix et perspectives- pour atteindre l'objectif (3) de répondre aux besoins avec une qualité optimale.

¹⁴ Suggestion faites par M Luc RENARD, enseignant EHESP :

<https://www.ehosp.fr/annuaire/enseignement-recherche/luc-renard/>

1 La démarche stratégique : une responsabilité du directeur fruit d'un processus participatif

En propos liminaire de cette partie, deux questions.

Pourquoi ce thème de mémoire sur la démarche stratégique?

La démarche stratégique est du ressort du directeur¹⁵. Elle pourrait-être dupliquée dans d'autres établissements.

Par ailleurs, la direction et les instances de la Résidence de l'Etang éprouvaient le besoin d'une réflexion de fond sur le devenir de l'établissement en faveur des usagers, pour l'emploi des professionnels et l'aménagement du territoire rural.

Qu'est-ce que la démarche stratégique?

L'analyse stratégique consiste à orienter les activités d'une organisation à long terme ; conformément aux besoins identifiés, aux attentes des différentes parties prenantes et aux débouchés ; grâce à la reconfiguration (si nécessaire) des ressources et compétences ; dans le but d'obtenir un avantage concurrentiel. Il s'agit de « déterminer les buts et objectifs à long terme d'une organisation puis adopter les moyens d'action et d'allocation des ressources nécessaires pour les atteindre », Elle est composée d'une analyse interne / externe qui conduit à des propositions puis des choix et leur mise en œuvre.

La stratégie peut-être définie ainsi :

- « La stratégie consiste en la détermination des buts et objectifs à long terme d'une entreprise, l'adoption des moyens d'action et d'allocation des ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs ». Chandler, 1962
- « La stratégie est l'ensemble des décisions et des actions relatives au choix et à l'articulation des moyens en vue d'atteindre des objectifs précis à moyen et long terme cohérents avec les finalités. » D'après R.A. Thiétart, 1991.
- « La stratégie, c'est rendre possible ce qui est nécessaire. » Serge Tchuruk, 1995

Ce mémoire est bâti en réponse aux observations de terrain – demande des instances, des professionnels- ; aux problématiques liées aux évolutions des fonctions de directeur ; mais également aux sujets étudiés durant la formation de DESSMS à l'EHESP¹⁶ qui démontrent que les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont en effervescence, secoués par de nombreux questionnements autour de la recomposition de l'offre en santé et la recherche d'accompagnements de bonne qualité toujours plus adéquats, qui préfigurent de profondes mutations et interrogent la place et l'organisation interne des petits EHPAD ruraux et autres établissements. Il sera notamment question de(s):

- L'impact de l'Union Européenne qui dresse le cadre juridique, notamment en matière de concurrence ;
- La reprise en main par l'Etat du système de protection sociale français ;

¹⁵ Cf. référentiel métiers de D3S : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

¹⁶ Notamment l'UE 7 de pilotage et performance des EPS et ESSMS

< Vincent BLANC> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

- Grâce à la montée en puissance des ARS¹⁷;
- Grâce aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) « mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, créé par la loi de modernisation de notre système de santé » qui « visent à offrir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre hôpitaux publics¹⁸ ».
- Coopérations nécessaires aux parcours des usagers, aux niveaux des territoires de santé et des collectivités :
 - Parce que « des solutions de coopérations (sont) à trouver sur le territoire », souhait du Président N. SARKOZY¹⁹ en 2007.
- Cœurs de métiers des établissements sanitaires et médico-sociaux qui se différencient et s'entrechoquent :
 - Au terme d'un besoin de lit et solutions d'aval²⁰, pour les uns ;
 - A cause de la recherche de solutions techniques pour accompagner les résidents en soins, dépendance et handicap, pour les autres.
- Limites notamment humaines et financières malgré des besoins toujours croissants en compétences allant de pairs avec des attentes fortes en qualité :
 - Qui peuvent imposer de s'associer avec d'autres secteurs et acteurs ;
 - Ce qui n'exclut pas d'utiliser les ressources propres aux établissements ;
 - Car la structuration interne aux établissements peut être source de :
 - Profits
 - Motivation
 - Qualité
 - Satisfaction.

Ci-après les étapes de l'analyse.

1.2 Les étapes essentielles de l'analyse : un processus analytique

L'analyse fut documentaire, juridique et territoriale. Pour ce faire furent réalisés de nombreux entretiens puis une observation participante dans toutes les réunions, tant interne (encadrement, services) qu'externe.

1.2.1 Réaliser une analyse documentaire, juridique et territoriale²¹

En arrivant dans un ESSMS en tant que directeur, il y a lieu de connaître l'établissement et comprendre l'environnement territorial et les besoins à satisfaire. Cela permet d'**intégrer concrètement les cultures hospitalières et médico-sociales du secteur.**

Dans ce type d'établissement, comprendre l'organisation des accompagnements visant à la participation sociale et aux problématiques quotidiennes rencontrées est essentiel. Cela permet d'**adopter une approche transversale du fonctionnement de l'organisation dans son environnement.**

Pour ce faire, il s'agit d'étudier les rapports d'activités et le contexte réglementaire notamment de la loi 2002-2 et de création des outils institutionnels (notamment GHT) pour parvenir à une compréhension

¹⁷ Prévues par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) ont été créées le 1er avril 2010

¹⁸ <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/publication-du-decret-sur-les-groupements-hospitaliers-de-territoire-une>

¹⁹ Allocution du Président N. SARKOZY au CHU de Bordeaux :

<http://video-streaming.orange.fr/actu-politique/allocution-au-chu-de-bordeaux-en-gironde-VID000000Bjwb.html>

²⁰ Terme employé par Mme Jouzel – DG du CH de la Roche aux fées- durant une intervention à l'EHESP le 06/07/2017

²¹ Annexe 3 et bibliographie

systémique des problématiques et des grands enjeux actuels. Aussi, furent utilisés de nombreux ouvrages de droit, management, stratégie et théorie des organisations.

Toutefois, pour aiguïser cette analyse, ont été contactés plusieurs interlocuteurs et spécialistes dans les domaines du droit et de la gouvernance médico-sociale pour comprendre les enjeux importants et en déduire les notions primordiales.

1.2.2 Des entretiens enrichissants pour déterminer les notions essentielles²²

Treize entretiens²³ furent réalisés notamment avec des représentantes de la DGOS²⁴, de l'ARS et de l'HAS²⁵ ; avec une dirigeante²⁶, des enseignants²⁷ et responsables de l'EHESP et de l'IPAG²⁸ de RENNES, élus locaux (maire et conseiller départemental), partenaires nationaux (FHF) et locaux (MAIA) ; professionnels... L'objectif était d'identifier et comprendre le rôle, les compétences, les fonctions et le poids des acteurs institutionnels au plan local, régional, national et européen.

Il a s'agit de procéder à une approche basée sur les acteurs macro notamment nationaux et locaux pour comprendre les réalités de terrain et ainsi analyser la concurrence, la qualité et les projets en faveur du parcours des usagers.

1.2.3 Une observation participante

Ce mémoire aura été produit au terme d'une observation participante d'onze mois dont 38 semaines stage de professionnalisation qui auront permis de nombreuses propositions et mises en œuvre - repris dans une masse documentaire ([10 PPT](#), nombreux documents supports notamment concernant l'ensemble des organigrammes de l'établissement). Ces supports auront servis de supports aux présentations faites aux équipes.

Les mises en œuvre devront s'étaler à plus long termes notamment au travers du futur projet d'établissement dont elles pourront constituer le socle. Cette participation produira des effets à long terme.

En outre, il aura fallu assister à de **nombreuses réunions** autour du thème des coopérations, notamment :

- **3 réunions au CH voisin entre directeurs du secteur ;**
- **3 du GIR 7 ;**
- **2 concernant l'association tutélaire inter établissements ;**
- **une FHF ;**
- **une concernant la MAIA et les CLIC ;**
- **un séminaire à l'Institut national des études territoriales (INET) sur l'accompagnement social.**

²² Annexe 1 : Liste des entretiens, grilles, questionnaire et compte rendu autorisés à la diffusion

²³ Peu d'entretien ont été enregistrés par refus des personnes interrogées

²⁴ M. C. MAINPIN

²⁵ Mme L. GARO

²⁶ Mme E. DE LAROCHELAMBERT, M. G. GUIHEUX

²⁷ M. P MARIN, M. A. SOPADZHIYAN.

²⁸ M. A MOURIER, M. F LEDEUN

L'observation a beaucoup aidé dans les propositions puisqu'elle a permis de lister et contacter les différents partenaires essentiels.

1.3 Les propositions et choix : fruit de méthodes participatives

Le plus souvent les propositions ont émané de l'équipe de direction à la demande des instances et/ou des personnels. Il est nécessaire de les impliquer en amont puis en aval des choix et de leur application auprès des équipes.

1.3.1 Un mode de proposition consensuel en équipe de direction

Avant de **prendre position et de proposer des solutions**, il a été nécessaire d'établir un dialogue en équipe de direction, pour vérifier la faisabilité des options et s'assurer des points de convergence sur ces sujets.

1.3.2 Des choix stratégiques avec assentiment des instances à la recherche de pérennité pour l'établissement

L'ensemble des projets de modifications internes ont été présentés dans de nombreuses réunions animées avec plusieurs PowerPoint (PPT).

A) L'assentiment et avis des instances

Les projets d'orientation d'un établissement médico-social sont le fruit d'une concertation accrue et de pratiques participatives. C'est une exigence démocratique.

Il faut bien comprendre qu'un directeur, en l'occurrence d'EHPAD, ne peut prendre de décisions concernant les projets stratégiques sans l'assentiment des Conseils d'administration (CA) et de vie sociale (CVS). Par ailleurs, il doit aviser le comité technique d'établissement (CTE) pour la partie qui le concerne (organisation du travail). Dès lors, chaque étude découle de demandes, le plus souvent concertées, de la part de la direction et des instances. Les stratégies choisies leurs sont présentées. Le CA les valide. Le CVS et le CTE rendent des avis les concernant.

Ce n'est qu'ensuite que les décisions trouvent leurs applications sur le terrain

B) Les stratégies proposées pour assurer pérennité de l'établissement et de sa qualité

Les **stratégies** proposées l'auront été dans une perspective de consolidation du positionnement territorial de la Résidence grâce notamment à des projets y compris de **structuration interne** adaptée pour ces futures évolutions.

Leurs buts affichés auront été de développer et pérenniser la Résidence dans la qualité apportée à la réponse aux besoins. Le travail de ce qui a été mis en place, se poursuivra au-delà de cette année.

1.3.3 Des choix tactiques et de mise en œuvre travaillés en équipe

Le dialogue tactique a été établi avec les équipes à deux niveaux : encadrement et exécution.

A) Les choix tactiques travaillés en équipe d'encadrement : organiser les tâches

Après avoir choisi les stratégies il a fallu mettre en place une dynamique et une structuration au niveau de l'établissement. Chaque décision, tant du ressort du CA que de la direction a été expliquée en équipe d'encadrement.

Cette équipe qui s'est trouvée modifiée a ensuite travaillé aux mises en œuvre tactiques de ces choix puis à leur application au niveau de l'exécution des activités par les équipes de terrain.

B) Les décisions et choix mis en œuvre avec les équipes de terrain : minorer les craintes individuelles et collectives

Les modes de coordination et de hiérarchie qui auront été choisis, auront tous été discutés collectivement (en équipe) et individuellement (autant que de besoin).

1.3.4 Encadré de synthèse : éléments de cadrage méthodologique de la démarche stratégique

La démarche stratégique est du ressort du directeur. Elle a pour but d'orienter les activités d'une organisation à long terme. Pour ce faire, elle a suivi un processus logique d'analyse qui s'appuie sur des méthodes théoriques adaptées au contexte.

La démarche ci-après est le fruit d'un travail collectif et collaboratif grâce à l'ensemble des parties prenantes de l'établissement.

2 Présentation contextualisée de la Résidence de l'Etang : l'analyse externe et interne

La présentation qui suit va reprendre les diagnostics internes et externes de la Résidence de l'Etang pour en établir la synthèse.

2.1 Diagnostic externe : déterminer les opportunités et menaces au regard des besoins exprimés

Le diagnostic stratégique d'une organisation a pour but de déterminer son adéquation aux besoins connus. Pour ce faire il fallut s'interroger de savoir qu'attendaient usagers²⁹ et financeurs³⁰ de la Résidence. Pour faciliter l'analyse, seront distingués³¹ trois niveaux de besoins.

Il s'agira des réponses apportées aux besoins aux niveaux :

- macro c'est-à-dire les **facteurs globaux** notamment internationaux et nationaux dans une volonté de territorialisation, de déconcentration³²;

²⁹ Usagers : selon le dictionnaire Larousse : personne qui a recours à un service, en particulier à un service public représentés dans les instances – CA et CVS-

³⁰ On peut distinguer trois sources de financements en provenance de 3 partenaires majeurs, l'ARS qui détermine la dotation soin ; le Conseil départemental qui est compétent en matière de dépendance, aide sociale et tarifs d'hébergement ; les usagers

³¹ La méthode utilisée est adaptée de « La boîte à outils de la stratégie », 56 outils & méthodes, 2ème édition Bertrand Giboin (Auteur) Paru le 28 novembre 2016 Manuel (broché), outils 6 page 30

< Vincent BLANC > - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

- méso, qui traiterons des besoins territoriaux notamment des ARS et leur déclinaison au niveau du secteur sanitaire breton numéro 5 désormais chapoté par le GHT haute Bretagne et le conseil départemental dans le cadre de **dynamiques de parcours** croissantes ;
- micro, qui reprendront les besoins locaux via les instances de l'établissement (notamment élus de la commune et du conseil départemental et représentant des usagers); les attentes des résidents et potentiels résidents en termes d'accompagnement ; les **concurrents directs** de la Résidence et les **marchés** sur lesquels elle se situe.

2.1.1 Contexte et facteurs globaux : les grandes caractéristiques du secteur médico-social en France

Le macro-environnement est analysé ci-après selon le modèle PESTEL qui trouve son intérêt dans la contextualisation qui en est faites. Cette analyse comprendra 6 grandes catégories- socioculturelle, politique, économique, technologique, écologique et légale - auxquelles sera ajouté l'aspect démographique.

La présentation ci-après tiendra compte des dynamiques infra, supra et nationales déconcentrées et décentralisées au centre desquels se trouve la Résidence:

- Supranationales c'est-à-dire les influences de l'Union Européenne ;
- Nationales à partir des décisions issues de l'Etat
- Régionales issues des triples influences :
 - o du principe de décentralisation et donc des collectivités territoriales,
 - o du concept de déconcentration de l'Etat avec depuis 2015 une nouvelle organisation territoriale et la création d'un mode de décentralisation fonctionnelle,
 - o de l'administration spécialisée que constitue la FPH régionalisée par les ARS et qui se reconfigure au niveau des GHT dans une dynamique de groupe autour d'un cœur de métier qu'est la santé.

A) Les influences socioculturelles et démographiques : une population qui continue de croître et de vieillir plus rapidement que le nombre de places disponibles

Selon la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS), dans sa dernière enquête EHPA³³, les « résidents (sont) plus âgés, plus dépendants et plus nombreux » ce qui se traduit par « une augmentation plus rapide du besoin que de l'offre d'accueil ».

a) *Le vieillissement de la population : vers le doublement des plus de 75 ans*

En 1900, l'espérance de vie à la naissance en France n'était que de 43,4 ans chez les hommes et 47,0 ans chez les femmes. En 2003, elle atteint respectivement 75,8 et 82,9 ans. Essentiellement dû au recul de la mortalité infantile qui en a été le principal moteur jusqu'aux années soixante, l'accroissement de l'espérance de vie s'est poursuivi dans les dernières décennies sous l'effet de la baisse de la mortalité au grand âge. Dans le même temps, les causes de la mort ont radicalement changé. La mortalité infectieuse qui jouait autrefois un rôle prépondérant s'est progressivement effacée tandis que maladies cardio-vasculaires et cancers ont pris une part croissante dans la mortalité. Depuis 30 ans, toutefois, la lutte contre ces maladies a commencé à porter ses fruits et c'est à présent à un impressionnant recul de

³² Dans le cas des ARS, le terme de déconcentration est impropre. En effet, selon Gilles GUIHEUX, enseignant en droit public à l'université de RENNES, la déconcentration concerne les pouvoirs non personnalisés (exemple : le préfet). En l'espèce il s'agit plutôt d'une décentralisation fonctionnelle grâce à la création d'un établissement public spécialisé dans la santé.

³³ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

la mortalité cardiovasculaire auquel on assiste, renforcé plus récemment par l'amorce d'une baisse de la mortalité cancéreuse³⁴.

Selon la division enquêtes et études démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et ses projections, la population de la France métropolitaine devrait continuer de croître et vieillir³⁵. « **Aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable** ». Selon toute vraisemblance, « **en 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80% en 45 ans** ».

En 2070³⁶, la France devrait compter deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013 : « Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, **la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070**. Par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). En particulier, **la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions)**.

Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom. L'évolution serait ensuite plus modérée : selon les hypothèses, 25 % à 34 % de la population dépasserait cet âge en 2070 » entraînant de concert une pression croissante sur les modes de financement et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

b) *Les personnes accueillies en EHPAD : un nombre en croissance mais des places limitées*

Toujours selon l'INSEE³⁷, **le nombre de personnes dépendantes devrait quasiment doubler d'ici 2060**. « Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions ».

Concernant les populations accueillies en EHPAD, selon la caisse des dépôts et consignations³⁸ d'après une étude de l'observatoire des EHPAD³⁹ de KPMG⁴⁰:

- La progression du degré de dépendance des personnes accueillies en EHPAD se poursuit ;
- Le GIR moyen pondéré (GMP) est plus élevé dans les établissements publics que dans les établissements privés à but non lucratif (PNL). Depuis plusieurs années, on observe une évolution sensible du profil des résidents : un âge moyen toujours plus élevé (84,2 ans pour les hommes, 86,6 ans pour les femmes), une dépendance accrue (GMP moyen de 657

³⁴ <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-1-page-15.htm>

³⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

³⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

³⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

³⁸ <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250267199943>

³⁹ <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

⁴⁰ Société d'audit et de conseil : <https://home.kpmg.com/fr/fr/home/a-propos-de-kpmg.html>

pour les EHPAD PNL et 709 pour les EHPAD Publics), une augmentation des polyopathologies et des besoins en soins (PMP moyen à 172 pour les EHPAD PNL et à 187 pour les EHPAD Publics). « A périmètre constant d'établissements, le GMP (GIR moyen pondéré) est ainsi passé, entre 2010 et 2012, de 682 à 710 dans les EHPAD publics et de 639 à 661 dans les établissements PNL.

Selon la CNSA⁴¹ « les agences régionales de santé (ARS) ont prévu d'installer très précisément 18.503 places dans la période 2017-2021. Pour autant ce chiffre reste à relativiser à l'aune de la hausse du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, En effet, "sur la période 2016-2020, **le taux d'équipement devrait diminuer progressivement de 2,8%**".

c) *Vieillesse des personnes en situation de handicap : besoin de places*

Concernant le vieillissement des personnes en situation de handicap, plusieurs rapports notamment celui du Sénateur des Pyrénées-Orientales M. Paul BLANC⁴² qui traite du « nouveau défi » que constitue la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes explique « qu'en dehors de cas particuliers, **l'avancée en âge des personnes handicapées s'effectue en règle générale de façon superposable et parallèle à celle de la population générale** ». Les chiffres du CNSA⁴³ corroborent ses hypothèses en y intégrant des données concernant ce phénomène qui « résulte de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui peuvent créer une restriction d'activité et une limitation de participation sociale.

A ce propos, « **l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI⁴⁴)**, demande un programme pluriannuel de création et d'adaptation de 30 500 places pour les personnes handicapées vieillissantes (qu'elle estime) identifiées aujourd'hui sans solution ». Toutes ces données démontrent néanmoins que puisque la population âgée va doubler, il en sera de même pour la population handicapée vieillissante.

En conséquence, et sans présager des choix politiques, le nombre et les modes d'accueil et d'hébergement de personnes âgées - qu'elles soient autonomes, vieillissantes et/ou handicapées - seront très certainement contraints d'augmenter dans les prochaines décennies. Ceci devrait être perceptible au niveau national, régional et local.

B) Les influences politiques et légales du secteur médico-social : un partage de compétences

Faute aux dépenses⁴⁵, le système de protection sociale français a atteint ses limites, notamment en coût des moyens humains, pour répondre aux besoins à satisfaire. Bâti sur la dualité entre sanitaire et social, les responsabilités des pouvoirs, financeurs et donneurs d'ordres se clarifient désormais, en faveur des parcours et ce dans des dynamiques concurrentielles de groupe et de mutualisation des moyens (les GHT).

⁴¹Propos issus d'une dépêche APM : http://www.gerontonews.com/Personnes-agees-6800-places-installees-en-2016-NS_CZ7OSPRQQ.html

⁴²http://crehpsy-documentation.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=399

⁴³<http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-chiffres-cles-01-06-2015-1.pdf>

⁴⁴http://www.unapei.org/IMG/pdf/unapei_essentiel_vieillesse.pdf

⁴⁵<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>

a) *Un projet de protection sociale ayant atteint ses limites*

Le secteur sanitaire et social fait partie en France d'un projet plus vaste : la protection sociale. Elle est bâtie autour de grands principes constitutionnels notamment de solidarité. Désormais, ces principes ont pris place dans notre corpus législatif national, supranational - l'Union Européenne - et infranational - collectivités territoriales -.

Le développement de la protection sociale française, a trouvé, après une longue période de développement, ses limites au terme de la période de reconstruction d'après-guerre. La fin des « 30 glorieuses » et les chocs pétroliers successifs ont eu raison d'un système euphorique et abondant, lié à une croissance à 2 chiffres, que l'on imaginait sans limite.

Dans « système original de santé publique », les grands équilibres sont désormais soumis au Parlement. Acteurs publics et privés y coexistent. « Organisé en branches et en régimes professionnels, son financement repose largement sur les contributions sociales et l'impôt. Il regroupe désormais à la fois des prestations assurantielles et des minimas sociaux reposant sur la solidarité nationale ainsi qu'un volet d'action sociale »⁴⁶.

b) *Les ressources humaines pour satisfaire les besoins*

En 2008, 1,2 millions de personnes travaillaient dans les établissements de santé de la fonction publique hospitalière, dont 125 454 médecins salariés. L'hôpital emploie plus de 4 % de la population active - 61 % des personnes travaillant dans le secteur de la santé -.

En 2012 les dépenses de soins hospitaliers ont représenté 85,1 milliards d'euros dont 64,9 milliards d'euros pour les établissements publics. Pour autant les établissements de santé notamment publics, qui sont les principaux acteurs de santé et qui appartiennent à la fonction publique hospitalière (FPH) ne sont pas les seuls prestataires concernant le secteur social et médico-social.

25 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux de statuts très divers souvent publics ou associatifs disposent d'1,05 millions de lits ou places pour lesquelles travaillent plus de 400 000 salariés pour partie dans les secteurs d'activités de l'enfance, du handicap, des personnes âgées et de l'insertion.

c) *Une construction duelle du sanitaire et du social : le médico-social*

Au fil du temps, le sanitaire et le médico-social se sont construits en référence l'un par rapport à l'autre. Segmentés au regard des caractéristiques et pathologies des individus selon que leur santé est menacée ou atteinte (secteur sanitaire) ; ou que se sont leurs difficultés sociales qui sont prépondérantes (secteur médico-social) - l'état de santé n'étant qu'un élément parmi d'autres-. Cette séparation consacrée par le droit grâce à deux grandes lois - l'une du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et l'autre, du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales - à une spécialisation des structures, avec la création de deux codes mais aussi deux systèmes distincts.

⁴⁶ M. P MARIN : Cours de droit hospitalier
< Vincent BLANC > - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

Ce furent les années de la consécration d'un double mouvement à l'œuvre au sein des autorités de régulation avec d'un côté un mouvement de convergence avec notamment la création des ARS avec un champ d'intervention transversal ; de l'autre un mouvement de sectorisation avec un Président du Conseil Départemental qui gardera en grande partie la régulation du secteur médico-social. Ce double mouvement est issu en premier lieu des lois de décentralisation du début des années 1980 avec une décentralisation réelle en matière d'aide sociale et un secteur sanitaire qui continue lui de relever de l'Etat. Apparaissent alors deux autorités distinctes : le Président du Conseil Départemental pour l'hébergement et le Préfet pour les soins ; Préfet qui sera désormais le Directeur général de l'Agence régionale de santé (DGARS) suite à la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996 pour le secteur sanitaire tout d'abord, puis la création des ARS en 2009 qui avaient vocation à réorganiser cette multiplicité d'interlocuteurs.

Ainsi, la gestion médico-sociale est construite sur les doubles notions de soin et de social: le volet sanitaire étant régi principalement par le Code de la santé publique ; le volet social et médico-sociale par le Code de l'action sociale et des familles. Dans ce cadre, l'Etat est responsable et principal acteur de santé ; les départements, principaux acteurs de l'action sociale– notamment aide au logement, dépendance et handicap pour ce qui concerne les EHPAD-

d) *La répartition des responsabilités entre pouvoir central et décentralisé*

- L'Etat assure «la planification de l'offre de soins ; la politique générale de santé publique ; la formation et recrutement de bonne part des professionnels de santé ; la fixation des dotations de fonctionnement ; la participation au financement des investissements hospitaliers ; le suivi des normes de qualité ; la politique du médicament ; l'orientation et la supervision des organismes ainsi que de tout le système d'offre de soins ».

- Les départements (jusqu'en 2020) sont désignés au terme de La loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 comme le « chef de file en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires ». La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015, qui applique désormais le principe de spécialisation des départements et des régions, réaffirme que le département demeure la collectivité compétente pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale. L'action sociale du département concerne donc notamment les personnes handicapées - politiques d'hébergement et d'insertion sociale, prestation de compensation du handicap (loi du 11 février 2005) - ; les personnes âgées - création et gestion de maisons de retraite, politique de maintien des personnes âgées à domicile (allocation personnalisée d'autonomie) - .C'est ainsi en Ile-et-Vilaine.

e) *Une reconnexion nécessaire en faveur des parcours*

Depuis, et ce notamment au regard de l'évolution des coûts, des pathologies, des compétences, des complémentarités nécessaires, on a pu constater qu'une reconnexion de ces deux secteurs était en marche, surtout dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) et au niveau

institutionnel (création des ARS) qu'au niveau des droits des usagers (loi 2002-2) et plus récemment des GHT intégrant de fait de nombreuses structures médico-sociales.

La loi HPST a reconfiguré le cadre juridique de l'action sociale avec pour objectif notamment de lever les difficultés quant à l'aménagement des parcours de soins entre établissements de santé et établissements médico-sociaux grâce à l'intégration des projets du médico-social dans le projet régional de santé ; la mise en place de manière générale des procédures de management similaires à celles des établissements de santé (évaluation, accréditation...) ; l'instauration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social.

f) *Une Union Européenne déterminante en matière de concurrence*

En parallèle, la vision de l'Union Européenne – avec la création des services d'intérêt économique général (SIEG) - a conduit la fonction publique hospitalière à adopter une stratégie de groupe pour faire face à la modification législative qui en découle. En effet après-guerre (pour les éviter), les Pères de l'Europe ont impulsé une dynamique qui nous a conduit à « l'Union européenne dans laquelle nous vivons aujourd'hui ». « Cet espace de paix et de stabilité » est pourtant traversé par des relents de repli sur soi, sans doute car l'Union n'est pas perçue comme l'espace de protection qu'elle se veut être.

L'union Européenne s'est bâtie sur une volonté d'améliorer le niveau de vie des concitoyens grâce à la levée des freins économiques. Dans cette collaboration, qui a permis de parvenir à l'Union que l'on connaît aujourd'hui, les conceptions de services publics se sont confrontés sur une définition de ce qui doit être, ou non, du giron de l'Etat. Typiquement, la santé se situe à cette frontière avec une conception plutôt anglo-saxonne qui consiste à dire que la santé est un bien économique ; et une conception française qui la situe dans le cadre des services publics et du minimum de protection obligatoire due au citoyens (Etat providence).

Dès lors, l'impact de l'Union Européenne a été déterminant. Elle a créé les SIEG qui « sont des services de nature économique soumis à des obligations de service public dans le cadre d'une mission particulière d'intérêt général ». Ces SIEG prévoient « que les règles de concurrence et du marché intérieur s'appliquent aux entreprises chargées de la gestion de SIEG dès lors que ces règles ne font pas obstacle à l'accomplissement de la mission d'intérêt général qui leur est impartie ». La Commission a assuré la consolidation des SIEG grâce au « paquet Almunia Barnier qui adopte de nouvelles règles » les concernant. Ainsi, l'Union a pu conserver le modèle de protection social français - qui a inspiré ceux d'autres pays notamment l'Espagne -, car depuis la jurisprudence Altmark « les compensations financières ne constituent pas des aides d'Etat » lorsqu'il existe entre autre des « obligations de service public clairement définies et confiées à l'entreprise par un acte exprès de la puissance publique ». Pour autant, cette jurisprudence a eu pour conséquence d'intégrer la santé au secteur marchand - dans un système différent que celui de la France mais cohérent à l'échelle de l'Union- .

Enfin, après cette année d'élections présidentielle et législative qui a consacré la victoire d'un europhile convaincu – E. MACRON- aux dépens de bon nombre de partis europhobes, la dynamique de l'Union

est un déterminant majeur qui devrait s'accroître, dans les systèmes de protection sociale que mettent en place les Etats et les régions.

g) *Une dynamique de groupe : les GHT*

Voici pourquoi, pour assurer l'accès de tous à des soins de qualité, la FPH a mis en place, suite à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les groupements hospitaliers de territoire (GHT). En effet, la vocation de ces groupements est de mettre en place une stratégie de groupe au niveau de cette fonction publique spécialisée dans la santé et le social (FPH) pour garantir le rendu des missions de services publics.

En conséquence, à ces changements, la Résidence de l'Etang y est très sensible. Pourquoi ? Pour des raisons de qualité des accompagnements et de vie au travail.

Parce que son cœur de métier est l'accompagnement social de personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire qui nécessitent la prise en considération de nombreuses problématiques sanitaires.

Parce que, chaque établissement et par voie de conséquence son personnel peut voir évoluer le contexte de son activité.

C) Les influences économiques du secteur médico-social : soigner mieux en maîtrisant les coûts

a) *Le poids financier croissant des dépenses de santé*

En France, la forte croissance des dépenses publiques de 11.4 PIB entre 1978 et 2011 est imputable en premier lieu à la hausse des prestations sociales. La charge de cette dette tend ainsi elle aussi à s'accroître, alors que le poids de l'investissement tendrait à diminuer sans le dynamisme des collectivités territoriales.

Parallèlement, le poids des dépenses courantes de santé⁴⁷ s'est accru ce qui classe la France au 3^{ème} rang des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE).

En 2015, Eco-Santé présente les principaux postes des Comptes nationaux de la santé 2014 en base 2010 de la Comptabilité nationale. Ils ont été réalisés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les comptes de la santé évaluent chaque année les dépenses effectuées dans le secteur de la santé et détaillent ses composantes majeures : la dépense courante de santé (DCS) et la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

En 2014, le montant de la DCS s'élève à 256,9 milliards d'euros, soit 12,0 % du produit intérieur brut (PIB) et près de 3 900 € par habitant. La CSBM, qui atteint 190,6 milliards d'euros, équivaut, quant à elle, à 8,8 % du PIB, ce qui représente environ 2 900 € par habitant. Sa progression en valeur, inférieure à 3 % pour la cinquième année consécutive, est cependant plus élevée en 2014 (+2,5) qu'en 2012 et 2013. Financée à 76,6 % par l'Assurance maladie, cette part de la CSBM a augmenté de 0,7 point entre 2011 et 2014 en raison du dynamisme des dépenses de soins hospitaliers, de soins infirmiers, de

⁴⁷ La France occupe le troisième rang en termes de dépenses de santé par rapport au PIB, après les États-Unis (16.9%) et les Pays-Bas (11.8%), mais avant la Suisse (11.4%) et l'Allemagne (11.3%).

transports sanitaires, de dépenses de médicaments coûteux et de la hausse continue du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur. À l'inverse, phénomène nouveau en 2014, la part des organismes complémentaires (13,5 % de la dépense) diminue légèrement. Par ailleurs, pour la troisième année consécutive, le reste à charge des ménages est en baisse et s'établit à 8,5 % en 2014.

b) *Le droit de regard et de régulation du parlement sur les comptes de la protection sociale*

La réforme constitutionnelle du 22 février 1996 a donné au Parlement un droit de regard et de contrôle sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. (Loi n° 96-138 constitutionnelle du 22 février 1996). Depuis, le Parlement dispose d'un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il vote, l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Il peut dorénavant se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, et sur leurs modes de financement. En 2005, la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), inscrit les prévisions dans un cadre pluriannuel et introduit une démarche « objectifs-résultats »,

Marisol Touraine a présenté ce 23 septembre les grands axes du PLFSS, censé ramener le régime général en quasi équilibre⁴⁸ (-400 M€). Pour réduire à 2,6 Md€ le déficit de la branche maladie, les économies grimpent à 4,05 Md€. Bercy vient de valider un ONDAM relevé à 2,1 % en 2017. Cela représente une enveloppe supplémentaire de 700 millions d'euros, mais la revalorisation de l'ONDAM privilégiera le médico-social (+2,9 %) sur la ville (+2,1 %) et l'hôpital (+2 %).

Pour répartir les moyens à bon escient, dans une dynamique nouvelle de financement à la ressource et de contractualisation, l'Etat contractalise avec les acteurs des échelons inférieurs. Cette dynamique, reproduite par ces échelons territoriaux, aboutit aux signatures de CPOM, nouveau cadre de financement cohérent avec les états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) et plan pluriannuel de financement (PPI).

D) Les influences technologiques et écologiques sur les modes de prise en charge et d'accompagnement

a) *Le progrès technique : révolution des techniques soignantes, virage ambulatoire et télémédecine*

Depuis les années 1980 le nombre de lit d'hospitalisation décroît significativement pendant que les lits d'hospitalisation partielle augmentent via le « virage ambulatoire » créant ainsi une pression au « turn over » et une optimisation des lits d'hospitalisation ». « Depuis 1980, le nombre de lits de soins de courte durée et de psychiatrie ont baissé et les lits de soins de suite et de réadaptation ont quasiment stagné ».

⁴⁸ Le Gouvernement monte à 4,05 Md€ l'effort d'économies de l'Assurance maladie pour 2017 (Publié le 23/09/16 - 17h53 – HOSPIMEDIA)

Par contre, les lits de longue durée, réservés aux personnes n'ayant plus leur autonomie, n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 2001 reflétant une demande croissante d'hébergement des personnes âgées. Ils connaissent depuis une diminution : à partir de cette date, un certain nombre de lits de soins de longue durée (SLD) sont transformés en lits d'EHPAD. Les lits transférés relèvent alors désormais d'établissements médico-sociaux et non plus sanitaires.

b) *La transition épidémiologique : vers une diversification des modes d'accueil et de prise en charge*

En quelques décennies, les maladies ont changé de forme. Elles sont devenues chroniques. Selon la Haute autorité de santé (HAS), « Asthme, cancer, diabète, VIH, maladie d'Alzheimer... plus de 15 millions de Français souffrent d'une maladie chronique. Parmi eux, plus de 9 millions sont inscrits en affection de longue durée (ALD), soit 14 % de la population. Cette situation, avec les progrès médicaux et l'allongement de la durée de vie, est appelée à s'accroître. Or ces affections, qui s'inscrivent dans le temps et peuvent s'accompagner de comorbidités, nécessitent des prises en charge complexes. Longues, elles impliquent de nombreux professionnels, sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elles représentent près de deux tiers de nos dépenses de santé, et sont responsables de l'essentiel de leur hausse. Ainsi, à l'exigence de soins complexes dans la durée s'ajoute un enjeu de santé publique⁴⁹ ».

c) *Une hausse de compétences en opposition avec la rareté de certaines fonctions*

La hausse de technicité est corrélée avec le niveau de compétences. C'est le cas de certaines spécialités médicales notamment médecin du travail qui ont un impact sur les professionnels, mais également certaines fonctions qu'il est difficile d'obtenir dans les établissements de trop petite taille par exemple informatique, qualitatifien...

2.1.2 Les facteurs régionaux et / ou territoriaux : les dynamiques de projet et de parcours

A) Les perspectives de développement favorables à la Résidence

Dans cette partie, seront utilisées les données et orientation du Pacte territoire santé (PTS) et du dernier bilan du plan régional de santé (PRS). En ce moment, l'ARS travaille sur le nouveau PRS (2018/2022⁵⁰). Tenant très certainement compte de la recomposition gouvernementale due aux élections de mai et juin 2016, les projets régionaux de santé (PRS) de deuxième génération devront être arrêtés fin avril 2018, au lieu du 1er janvier comme initialement prévu⁵¹.

Dès lors, **les axes de développement proposés ci-après, ont été recueillis auprès de la pilote MAIA et sur la base d'appel à projet du Conseil départemental.** Tous deux proposent des axes

⁴⁹http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques

⁵⁰<https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-construction-du-prs-2-2018-2022>

⁵¹[Dépêche APN NEWS du 27 juin 2017](#)

stratégiques sur lesquels pourrait se positionner la Résidence en prévoyant les futurs appels à projets (préalable à toute modification ou création de places). Cette méthode de prévision a déjà été utilisée par la directrice de l'établissement.

a) *Perspectives issues du national : le Pacte territoire santé*⁵²

Le PTS est destiné à répondre à une priorité : l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Deux millions de Français sont touchés par la désertification médicale et les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Pour faire face à cet enjeu crucial, le ministère s'est engagé sur un PTS. Il propose notamment de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques.

b) *Bilan et perspectives régionales : Synthèse du PRS 2011 - 2017*

Bilan de l'état de santé de la population:

- « Hausse de 40% du nombre de personnes âgées de 75 ans en Bretagne d'ici 2030 (plus fortement en zone périurbaine) ;
- **Le nombre de personnes handicapées vieillissantes en établissements augmente** et fait écho à la tendance générale au vieillissement de la population ;
- En Bretagne, globalement, une nouvelle admission en affection de longue durée (ALD) sur dix est attribuée aux troubles mentaux ;
- En EHPAD, l'offre est plus favorable qu'au niveau national »

Perspectives issues du bilan du PRS 2012 – 2016:

- Expérimenter l'élargissement progressif de la méthode MAIA (**maintien à domicile**) à d'autres populations que les personnes âgées comme les personnes en situation de handicap.

c) *Perspectives territoriales :*

Appel à projet du Conseil départemental

Un des objectifs du Conseil départemental 35 est d'agir pour le logement pour tous et toutes grâce à **9000 logements construits ou rénovés d'ici 2021** avec l'aide du Département. Au premier trimestre 2017, il a lancé un **appel à projet concernant la création de logements adapté pour les personnes autonomes qu'il envisageait de renouveler en 2018.**

Les besoins d'offre et de services identifiés par la table tactique MAIA⁵³

Les besoins estimés par la table tactique MAIA, que la pilote⁵⁴ du projet a pu expliciter concernent plusieurs publics spécifiques que sont les personnes en situation de handicap et/ou âgées. Pour le cas où l'établissement choisira de telles options, il serait nécessaire d'adopter une **dynamique de co-construction de projet** en collaboration⁵⁵ au double niveau du territoire de santé (ARS et éventuellement GHT) et d'aménagement (notamment des 2 communautés de communes). Ci-après, le

⁵² PTS : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/>

⁵³ Annexes 4 : Diagnostic de territoire (MAIA)

⁵⁴ Commentaires recueilli en réunion puis par téléphone en amont de la table tactique

⁵⁵ La collaboration de projet (plutôt que la compétition), a été suggérée par les représentants de l'ARS et la DGOS
< Vincent BLANC> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

tableau avant validation de la table tactique (jeudi 29 juin) synthétisant les activités pouvant intéresser la Résidence. Les commentaires en jaune de la pilote MAIA.

Besoins en termes d'offre et de service

- **Spécifiques pour les personnes en situation de handicap :**

Places supplémentaires d'accueil de jour : possible accueil séquentiel

Places supplémentaires en foyer de vie ou EHPAD (ci-après)

Places supplémentaires en ESAT

Places en EHPAD spécifiques :

Création / extension ou transformation de places qui prendrait beaucoup de sens

Tout à fait approprié : personnes handicapées ; personnes handicapées vieillissantes ; personnes jeunes atteinte de problèmes cognitifs sévère (Alzheimer, Trisomie...) soit sur les personnes handicapées vieillissantes.

- **Spécifiques aux 2 Publics et autres :**

Transport Domicile - ESAT, Accueil de jour :

Des solutions à co-construire avec les communautés de communes pour adapter les transports aux besoins de territoire notamment les dispositifs d'accueil et d'hébergement

Hébergement d'urgence :

Dédier une place d'hébergement temporaire (sur les 2 disponible actuellement) pour ce dispositif

Hébergement de nuit :

Dédier une place d'hébergement temporaire (sur les 2 disponibles actuellement) pour ce dispositif

- **Spécifiques pour les personnes âgées:**

Développer des structures pour les personnes

« jeunes » souffrant de démences :

Création / extension ou transformation de places qui prendrait beaucoup de sens personnes handicapées ; personnes handicapées vieillissantes ; personnes jeunes atteinte de problèmes cognitifs sévère (Alzheimer, Trisomie...)

Accueil de jour secteur de La Guerche :

Idée d'accueil itinérant en discussion avec la responsable de l'AJ

Accueil de jour (personne sans trouble cognitif) :

Accueil séquentiel

Places d'EHPAD (engorgement USLD..) :

Issue des besoins de Janzé en accueil d'urgence

B) Point de vigilance : des perspectives incontournables éventuellement coûteuses

a) *La recherche de lit d'aval des établissements de santé : établir un dialogue sain favorable aux coopérations*

Après le virage ambulatoire qui a été de pair avec une réduction de lits d'hospitalisation, les centres hospitaliers notamment universitaires sont fréquemment en recherche de lit d'aval. Parfois pour ce faire, l'ARS peut pousser en ce sens ; la sincérité des diagnostics établis à l'occasion des demandes de transfert peut s'avérer douteuse.

La recherche effrénée de place de lits d'hospitalisation nécessite une coopération inter-établissements forte, en même temps que la diversification en cours (qui porte ses fruits) des modes d'hébergement. Pour autant, le nombre prévisible croissant de personnes âgées devrait rendre, à l'avenir, obligatoire la croissance du nombre de places.

b) *Des coûts croissants liés aux compétences : des besoins croissants*

Les exigences en compétences notamment technologique et en qualité vont croissant. Les reconfigurations, de l'offre de soins (GHT, Filière, GCS et GCSMS, PAERPA, MAIA, CLIC...), des territoires (Loi MAPTAM et NOTRé) et les risques de modifications et/ou fusion avec les métropoles⁵⁶ ou «disparition des départements programmée pour 2020» auront également des conséquences en terme de mutualisation (économies d'échelle ou coûts de centralité).

c) *Des coûts liés aux coopérations : vers une augmentation inéluctable*

Actuellement, les dynamiques nouvelles de parcours accroissent la nécessité des coopérations. Certaines prestations comme par exemple l'accès au Centre bucco-dentaire de Janzé, dont la qualité est reconnue, devrait accroître les coûts de soins et d'hébergement car jusqu'alors, leur financement est incertain. Il en va de même pour certains dispositifs tels que les infirmières (IDE) de nuit ou la prévention des chutes pour lesquels, pourtant, la pertinence n'est pas garantie et unanime.

Ainsi, cette organisation en coopération en faveur des parcours patients et résidents implique de nombreuses contraintes financières, temporelles et de coopération, autant que le développement des systèmes d'information et autres sécurités.

2.1.3 Les facteurs externes locaux

La présentation de l'EHPAD de Marcillé-Robert pourrait être comparable à de nombreux établissements communaux dans des bourgs⁵⁷ similaires.

⁵⁶ <http://www.lagazettedescommunes.com/512292/metropoles-le-modele-lyonnais-ne-fait-pas-ecole/>

⁵⁷ « les bourgs offrent un niveau d'observation "accentué" du phénomène de vieillissement » http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170801-collectivites-les-services-de-l-etat-deplorent-?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

A) Présentation de la Résidence de l'Étang : EHPAD typique

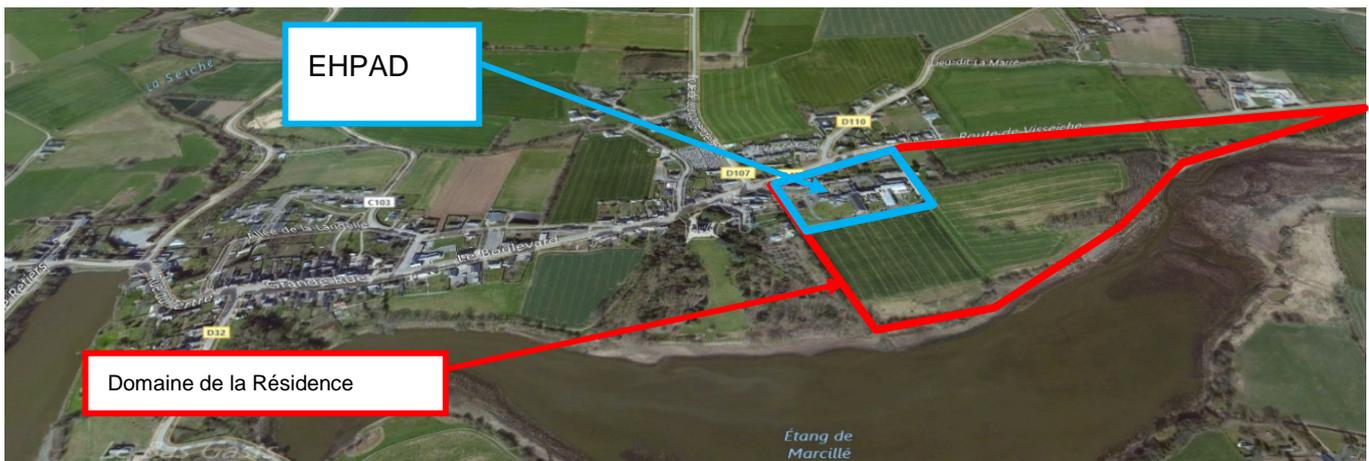
a) Localisation

La Résidence de l'étang se situe à MARCILLÉ-ROBERT au sud-est du département de L'ILLE-ET-VILAINE, une petite ville de 987 habitants. Cette ville est bordée par un étang de 100 hectares.

Localisation géographique de MARCILLÉ-ROBERT



Localisation de la Résidence de l'Étang à MARCILLÉ-ROBERT



Photographie de l'établissement



b) *Descriptif : un EHPAD en progression constante*

Le château du Grand-Bourg et sa métairie à MARCILLE-ROBERT (35240), qui forment le socle de la résidence, appartenaient à un pharmacien. Ils ont été légués à la commune de Marcillé-Robert (commune rurale de 927 habitants située à 35 kilomètres au sud-Est de Rennes, Ille-et-Vilaine) en 1892. Ils abritèrent 10 lits d'hospice gérés par des religieuses à compter de 1895. Ensuite, agrandi d'une chapelle, **l'établissement devint maison de retraite publique en 1984**. Grâce à un projet innovant, **en 1992, la halte-garderie parentale Coccinelle fut créée** dans un bâtiment attenant.

La Résidence a subi de nombreuses transformations. Elle s'est considérablement développée. Trois ailes furent successivement ajoutées. De nouveaux projets architecturaux (2012 notamment) permirent d'aboutir à la configuration actuelle dont la « **qualité des espaces, de l'entretien des locaux communs** » **sont des points forts des évaluations**. La résidence est ouverte. C'est un élément apaisant qui procure un sentiment de liberté. Toute personne peut venir s'y promener, C'est un élément important d'inclusion.

c) *Capacité : 91 lits et places*

Le dernier arrêté d'autorisation⁵⁸ date du 30/01/2015. L'établissement public (autonome) communal de Marcillé Robert dispose de **83 places d'hébergement permanent (dont 12 unités de vie Alzheimer et 14 PASA) plus 2 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour qui répondent en partie au besoin de spécialisation de l'accompagnement des populations accueillies**.

d) *Financement : des tarifs dans la moyenne du secteur*

Les **dépenses réalisées en 2016 étaient de 3.9 millions d'euros** financées à hauteur de 16% par le Conseil Départemental concernant la dépendance ; 34 % par l'assurance maladie relativement aux soins ; et 50 % par les résidents. Ceci a induit un tarif 2016, de 54.74 € en hébergement classique et 57.14 € en unité spécialisée (hors talon dépendance), similaire aux établissements comparable dans le secteur.

e) *Des valeurs d'HUMANITUDE⁵⁹ pour l'ensemble du personnel*

La Résidence a mis en place une formation HUMANITUDE ce qui y permet de développer ces valeurs : « L'Humanitude s'intéresse aux liens qui permettent aux humains de se rencontrer quel que soit leur état, leur statut. Le maintien de ces liens s'appuie sur trois piliers relationnels, le regard, la parole, le toucher et un pilier identitaire, la verticalité. Ces quatre piliers constituent les bases incontournables, vitales des relations humaines positives tout au long de notre vie. » L'ensemble du personnel est formé.

En conséquent, la Résidence a connu une **forte croissance, et une amélioration constante**, le nombre de professionnel également. A titre d'exemple, de 29 agents en 2000 ils sont désormais 65 équivalents temps plein (ETP) soit un effectif physique de **82 personnes (depuis octobre 2016, mise en**

⁵⁸ Faisait suite aux arrêtés d'autorisation de 1984 et 2009

⁵⁹ <http://www.humanitude.fr/>

place de la nouvelle convention), sans compter les intervenants libéraux (éducateur sportif, kinésithérapeutes, médecins, coiffeuses...). A noter en outre l'intervention de professionnels spécialisés notamment : le médecin et l'infirmière coordinateurs, la conseillère de vie sociale, l'ergothérapeute, la psychologue.

B) Les besoins des résidents et de leur famille : une demande de spécialisation et d'accompagnement des personnes âgées du canton

L'évolution de la démographie des personnes vieillissantes⁶⁰ en Bretagne est proche de l'observation nationale : un breton sur trois sera âgé de 60 ans et plus en 2040. La dépendance augmente. Elles devraient progresser de 40% dans la région entre 2010 et 2030. Cette croissance sera soutenue dans les territoires périurbains. A l'horizon 2040, plus d'un Breton sur six serait âgé de 75 ans et plus. Le nombre de malades d'Alzheimer estimé aujourd'hui à 59 000 chez les 75 ans et plus, pourrait doubler d'ici 2040.

L'offre proposée à la Résidence répond à une **demande locale sauf en matière d'hébergement spécialisé** car celle-ci offre plus de débouchées. La population accueillie provient majoritairement du canton de Retiers où 12% (15 % à Marcillé Robert mais 8% en Ille et Vilaine) de la population a plus de 75 ans. Concernant cette **population vieillissante, les pathologies liées à des troubles cognitifs sont nombreuses et en augmentation**. Cela a des conséquences sur les objectifs principaux de l'établissement. Ce dernier est adapté à des personnes peu mobiles pour lesquelles la **participation sociale est rendue difficile**. L'âge moyen des résidents est de 84,24 ans. Il héberge 70 % de femmes et 30 % d'hommes. La durée moyenne de séjour décroît. Elle était de 5 ans en 2015. Les résidents et leur familles recherchent un accompagnement médico-social de qualité de plus en plus spécialisé et adapté aux pathologies ; bien évidemment aux meilleurs coûts.

C) La concurrence de proximité : ensemble d'entités proposant une offre de services répondant à des besoins proches et similaire dans les secteurs et territoires d'activité de la Résidence⁶¹

La résidence de l'Etang appartient au **territoire de santé n°5 (Rennes – Redon – Fougères – Vitré) en Bretagne**, dans lequel se trouvent notamment le CHU (Centre hospitalier universitaire) de Rennes et le CHGR (centre hospitalier spécialisé en psychiatrie Guillaume Rénier).

Elle est rattachée au **secteur gérontologique et handicap de la Roche aux Fées, gérée par une association, le CODEM** (Comité d'observation de la dépendance et de la médiation) de la Roche aux Fées, qui est **gestionnaire du CLIC** (Centre Local d'Information et de coordination). Cette configuration en faveur des accompagnements devrait connaître de nombreuses évolutions en matière de coopération de **reconfiguration de l'offre médico-sociale** au niveau régional des ARS et territorial des GHT ainsi que les nouvelles structures d'accompagnement en faveur des parcours des personnes (MAIA et PAERPA) par-delà lesquelles il semble pertinent de s'interroger au mode de décloisonnement

⁶⁰ <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Synth%C3%A8ses%20Bilans%20V6.pdf>

⁶¹ Annexes 4 : Diagnostic de territoire (MAIA)

et au bon niveau d'interlocution de coordination et de coopération⁶² en faveur des parcours et pour éviter les ruptures. Cette raison pousse à **recentrer les activités de la directrice sur des fonctions stratégiques, de coopération et de lobbying**⁶³.

Le nombre important d'EHPAD dans le secteur entraîne des difficultés de remplissage récurrentes pour la partie d'hébergement classique, alors que l'hébergement spécialisé connaît un fort succès.

Par ailleurs, tous les établissements tendent à améliorer la qualité de leur accompagnement. A ce propos, la Résidence ne fait pas exception d'autant que les 2 CH voisins (Janzé et La Guerche) ont restructuré et spécialisé leurs services d'hébergement.

Ci-après, une carte des établissements d'Ille-et-Vilaine. Ce département est suréquipé par rapport aux moyennes nationales. En effet, « les 487 EHPAD dont dispose la Bretagne constitue une offre plus favorable qu'au niveau national excepté pour le département du Morbihan (le taux d'équipement en EHPAD est en effet de 118,8 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans en Bretagne contre 100,4 au niveau national) ».

Carte réalisée par ma maître de stage pour faciliter notre compréhension de l'environnement concurrentiel

D) Les demandes des élus et des instances : conserver la qualité et l'attractivité de la Résidence pour préserver l'emploi

Comme souvent, la Résidence est le premier employeur de la ville. La qualité des accompagnements étant reconnue, c'est une source d'attractivité. Ainsi, les instances et élus souhaitent que la qualité et l'attractivité demeure ; si possible augmente. En effet, ils appellent de leurs vœux des projets pour accroître l'établissement.

2.1.4 Encadré de synthèse du diagnostic externe : des risques sociétaux mais des opportunités pour la Résidence

Malgré les coûts que représente l'accompagnement social, les structures d'accueil et d'hébergement seront insuffisantes dans les prochaines décennies notamment concernant les pathologies spécialisées du grand âge et/ou du handicap. Même si le risque sociétal est majeur, il revêt plusieurs opportunités que pourrait saisir la Résidence.

⁶² Problématiques soulevées à l'INET, le 18/07/2017, lors du séminaire sur l'accompagnement social

⁶³ Stratégie menée par Mme J. BETTLER au Centre hospitalier des Marches de Bretagne, également par M. H. BADELL directeur de l'IME de SALERNES et intervenant EHESP

2.2 Diagnostic interne de la Résidence de l'Etang : déterminer les forces et faiblesses des ressources disponibles

2.2.1 L'accompagnement, cœur de métiers de la Résidence versus prise en charge cœur de métiers du sanitaire

En propos liminaire de ce paragraphe, proposons une distinction entre les cœurs de métiers du secteur sanitaire (les hôpitaux) et le secteur social et/ou médico-social (les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)) par une définition qui différencie la **prise en charge (PEC)** du secteur sanitaire et l'**accompagnement** social et/ou médico-social.

A) PEC : définition, contraintes et limites

La prise en charge (PEC) répond aux besoins de soins, plus ou moins ponctuels, pour lutter contre une maladie. Il s'agit de la PEC d'un malade, dans le délai le plus court possible. C'est un parcours de soins (le plus souvent curatifs) qui se rapproche de la technicité des logiques industrielles. C'est une logique de soins. Elle est adaptée aux « patients ». Dans ce mémoire cela signifiera que le cœur de métiers de l'institution accueillante est le soin ; qu'il a vocation à être limité dans le temps ; que l'accompagnement à long terme est accessoire. Du point de vue de l'établissement accueillant, à l'instar du futur centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, l'essentiel de la PEC concernera les actes de soins grâce à un plateau technique conséquent quand l'accessoire concernera le projet de vie et l'hébergement. Le code qui les régit (pour bonne part) est le code de la santé. C'est la logique du secteur sanitaire dans lequel les problématiques d'hébergement et de projet de vie sont accessoires aux soins et peuvent être délégués. Cette logique est limitée par le nombre de lit et la durée des PEC.

B) Accompagnement : définition, contraintes et limites

L'accompagnement répond à un projet de vie. Il s'agit de l'accompagnement global au long court d'une personne et son entourage. Dans les EHPAD, on les nomme les « résidents et leurs familles ». Dans ce mémoire, cela signifiera que le cœur de métiers est l'accompagnement à long terme; qu'il induit de fait une qualité d'hébergement importante ; que la dépendance (même si elle peut être importante), le handicap et les soins (même s'ils peuvent être nombreux et conséquents) sont des problématiques à intégrer dans un contexte plus global : le projet de vie. Ils en sont l'«accessoire».

Le code qui les régit essentiellement est celui de l'action sociale et des familles.

C'est la logique sociale et médico-sociale. Ces accompagnements sont limités par les compétences (notamment médicales et moyens techniques à disposition) des ESMS.

2.2.2 Des modes d'organisation actuels inappropriés parce que construit pour une structure de petite taille

Mintzberg a démontré que l'organisation interne de toute organisation devait évoluer avec les éléments de contingence notamment la taille. Celle de la Résidence s'est considérablement accrue.

Dès lors, l'organisation en place bâtie sur une structure entrepreneuriale ne correspond plus aux activités réalisées. L'organisation hiérarchique en prise directe entre direction et acteurs de terrain mériterait d'être adaptée surtout si l'on envisage d'engager des restructurations pour continuer à grandir. Par ailleurs, les modes de communications interne et externe pourraient être améliorés.

2.2.3 Les ressources humaines, financières, matérielles, naturelles disponibles : un vivier local de compétences à développer et exploiter

Grâce à un GMP (groupe iso ressources moyen pondéré) et PMP (pathos moyen pondéré) en hausse, respectivement 722.24 et 236, la dernière **convention tripartite signée le 01/07/2016, accroît les moyens octroyés** de 224 237.45 € par an **pour les 5 prochaines années**. Cela s'est traduit par un accroissement de la masse salariale de 6 ETP (équivalent temps plein) en contrepartie de nombreux engagements.

L'activité réalisée (en 2014) s'établit à **30 827 journées d'hébergement permanent et 690 jours d'accueil de jour** soit respectivement 99.36 % et 44.23 % de taux d'occupation. L'établissement est doté normalement.

L'analyse financière fait apparaître une structure saine.

L'établissement dispose de ressources en personnel qui pourraient monter en compétences : l'agent administratif responsable de la comptabilité, la psychologue, l'IDEC...un vivier de compétences à exploiter. Pour autant, compte tenu des récentes évolution de la politique nationale d'emploi aidé qui constituent une grosse partie des ressources peu qualifié nommément au pool hôtelier, le risque est accru d'une « déstabilisation ⁶⁴» de l'organisation des quartiers.

2.2.4 Encadré de synthèse du diagnostic interne

La Résidence a fait de l'accompagnement médico-social un cœur de métiers dans lequel elle intègre parfaitement les problématiques accessoires tout en garantissant une bonne qualité des prises en charges sanitaires, sociales et dépendance. Sa taille s'étant considérablement accrue, son organisation est à restructurer pour utiliser le vivier de ressources à dispositions, pour spécialiser ou réorienter ses activités en fonction des besoins, tout en conservant le haut niveau de qualité qui lui est connue et reconnue ; et cela sans omettre les contraintes et risques afférents aux évolutions contemporaines.

2.3 Abrégé du diagnostic : des domaines d'activité stratégique insuffisamment spécialisés ou diversifiées pour les uns ; risque de fermeture pour les autres

Les résidents sont accueillis dans 6 quartiers (ou services) d'hébergement et de soin. Pour ce faire, ils sont soutenus par 6 services supports. Dans ces différents quartiers et services, environ 80 professionnels et professionnels spécialisés.

Son éloignement territorial doit être contrebalancé par une qualité et un dynamisme exemplaires.

⁶⁴ Selon une dépêche APM : <http://www.gerontonews.com/story.php?story=ED9OV76KH>
< Vincent BLANC> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

2.3.1 Les domaines d'activité stratégique : accueil de jour ; hébergement classique, temporaire ou spécialisé ; et activités accessoires

Ci-après les différentes activités stratégiques, selon l'analyse des risques suite au diagnostic réalisé, symbolisées par une échelle de couleur estimative et indicative.

Opportunité (Risque faible)

(Risque fort) Menace



A) L'accueil de jour : 6 places à consolider, diversifier et développer

La Charmille concerne 6 personnes accueillies en journées. Ce quartier est une bonne porte d'entrée qui peut accroître la reconnaissance du travail effectué à la Résidence. C'est un bon vecteur de communication qui s'avère parfois insuffisamment attractif par rapport aux attentes du financeur. La MAIA prévoit des axes de développement sur certains segments d'accueil qui pourraient être exploités.

- L'accueil de jour : risque de fermeture			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
Les besoins d'offre et de services issus du projet de la table tactique MAIA : - Projet de places supplémentaires d'accueil de jour - Accueil à la Guerche si accueil itinérant - Accueil pour personnes sans troubles	Des usagers exclusivement en dehors de Marcillé notamment à la Guerche (Si) Création d'un accueil à la Guerche	La psychologue très investie dans le développement de ce type d'activités Des agents motivés, sensibilisés et/ou en cours de formation aux moyens de communication Des résidents potentiels	- Difficultés de remplissage - Absence de transport - Pas de moyen (interne, externe) capable de communiquer sur les activités réalisées

B) L'hébergement dit « classique » : 52 résidents mais une demande insuffisante face à l'offre

a) *L'hébergement classique (durable)*

Les Mésanges, Hirondelles, Bergeronnettes, respectivement deux fois 20 et 12 résidents sont des quartiers d'hébergement « classique » dit de grande dépendance incluant 2 lits d'hébergement temporaire. Même si leur têt de remplissage est correct, la demande est moindre que pour les unités spécialisées.

- L'hébergement dit « classique » (durable) : des difficultés de remplissages			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
Développer la communication externe	- Un remplissage plus difficile que les secteurs spécialisés - De nombreuses places libres aux alentours notamment à la Guerche qui termine tout juste des travaux de rénovation - L'isolement du village	Des agents motivés, sensibilisés et/ou en cours de formation aux moyens de communication	- Un service sans salle à manger (les Hirondelles) - Pas de moyen (interne, externe) capable de communiquer sur les activités réalisées

b) *L'hébergement temporaire : 2 lits sur la sellette parce que jugé durable*

- Les 2 lits d'hébergement temporaires sont parfois utilisés comme hébergement d'essai avant une entrée définitive dans l'établissement. Dès lors, le financeur s'interroge sur sa reconduction. L'hébergement temporaire : risque de fermeture imminente			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
- Transformation en place d'urgence conformément aux besoins identifiés par la MAIA Développer la communication externe	Risque de perte de financement : - Le conseil départemental ne souhaite pas que l'usage fait actuellement (accueil durable) perdure	Des Résidents potentiels	

C) L'hébergement spécialisé : 33 résidents mais une demande beaucoup plus importante que l'offre. Les unités de vie spécialisées que sont Colverts - où 16 personnes profitent du PASA car celui-ci est organisé dans ce quartier - ; et Colombes - unité de vie Alzheimer accueillant 17 résidents sont très prisées. La demande d'hébergement spécialisée est importante.

- L'hébergement spécialisé : un segment à fortement développer ; une niche très intéressante			
o Pour personnes handicapées			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
Des besoins identifiés par la MAIA : Places supplémentaires en Foyer de vie ou EHPAD pour personnes handicapées ; personnes handicapées vieillissantes ; personnes jeunes atteintes de problèmes cognitifs sévères (Alzheimer, Trisomie...) Développer la communication externe		- Des services très demandés qui offre 2 options : - soit poussé par une spécialisation répondant à un futur appel à projet - soit tiré par les demandes d'hébergement avec la spécialisation pragmatique d'un service à améliorer : les hirondelles - Les locaux de la ferme - Pas de concurrence sur ce segment - L'isolement du village	- Pas de moyen (interne, externe) capable de communiquer sur les activités réalisées

2.3.2 Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie

A) Le séchoir : des locaux à relouer ou transformer

Le séchoir est un petit local qui a été loué quelques mois. Compte tenu des résultats passés et prévisibles, ces revenus sont bienvenus. Pour autant ce local pourrait trouver d'autres débouchés notamment en qualité de vie au travail comme l'envisage la directrice.

- Le séchoir : déterminer une nouvelle affectation			
Opportunités	Menaces	Forces	Faiblesses
	Perte locative		Un bâtiment inutilisé

B) .La halte-garderie : interrogation sur la pérennité de l'activité dans les locaux actuels

La communauté des communes envisagerait de transformer la halte-garderie en crèche. Pour ce faire, elle pourrait délocaliser tout ou partie de cette activité. Dès lors, la Résidence supporterait cette vacance de locaux.

Opportunités	Menaces	Forces	Faiblesses
- Les locaux utilisés par la halte-garderie : un risque de délocalisation en dehors des locaux de la Résidence			
Les besoin identifiés par la MAIA	Un risque de changement de mode d'accueil des enfants qui se traduirait par une délocalisation de l'activité et une inutilisation des locaux qui conduirait à leur restitution et leur inexploitation		Jusqu'alors pas de solution alternative

C) La ferme : des locaux et du foncier disponible offrant de belles perspectives

Les bâtiments de la ferme sont de grande taille et offrent de belles perspectives. Ils pourraient être libérés aisément puisqu'une seule personne les occupe, qu'elle est informée de leur potentiel, et dispose d'un bail précaire. Ces locaux pourraient être aisément utilisés sur de nouveaux domaines d'activité notamment création de logement adapté (même si la situation de Marcillé-Robert ne semble que très peu propice à cette activité et mérite une étude approfondie) ou de nouveaux services d'accompagnement sur des segments liés au handicap –personnes handicapées ; personnes handicapées vieillissantes ; personnes jeunes atteintes de problèmes cognitifs sévères (Alzheimer, Trisomie...) même si les quartiers Colombes et Hirondelles pourraient héberger ce type de public surtout après avoir réalisé les améliorations architecturales envisagées.

- La ferme : des bâtiments offrant de belles perspectives de développement pour de nouvelles formes d'hébergement (personnes autonomes mais plutôt secteur handicap)			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
- Des besoins identifiés par la MAIA : Places supplémentaires en Foyer de vie ou EHPAD pour personnes handicapées ; personnes handicapées vieillissantes ; personnes jeunes atteintes de problèmes cognitifs sévères (Alzheimer, Trisomie...) - Appel à projet du Conseil Départemental concernant les logements adaptés		Des bâtiments qui offrent de belles perspectives notamment pour développer de nouveaux domaines d'activité	Quid des bâtiments en cas de départ de la locataire actuelle ?

2.3.3 Les 2 domaines des services supports : technique et administratif

Les 5 services support sont : cuisine, pool hôtelier, lingerie, service d'entretien, service administratif. Il est loisible de distinguer 2 grand pôles: technique et administratif.

A) Le service administratif

- Le service administratif (y compris coordonnatrice de vie sociale et IDEC) : affirmer un positionnement hiérarchique clair			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
		Des agents investis en lien direct avec la directrice assumant des rôles d'encadrement	Des agents assumant des fonctions de cadre peu reconnus par certains professionnels à qui ils peuvent servir de bouc émissaire (Audit EHESP Conseil)

B) Les services techniques

- Les services techniques : un besoin de compétences et de soutien pour maintenir la qualité et garantir la sécurité			
Opportunités	Menace	Forces	Faiblesses
		Des agents investis en lien direct avec la directrice assumant des rôles d'encadrement	Des agents assumant des fonctions de cadre peu reconnus par certains professionnels à qui ils peuvent servir de bouc émissaire

2.4 Encadré de synthèse : conséquences du diagnostic

En conséquence du diagnostic, les services supports pourraient être réformés en deux pôles différenciés (administratif et techniques). Les domaines d'activité accessoires (locations) sont à surveiller et utiliser à bon escient comme jusqu'alors. L'accueil devrait être consolidé et développé et diversifié. L'hébergement mériterait d'être spécialisé et/ou haussé en gamme en utilisant les opportunités issues des besoins identifiés par les financeurs et la table tactique (MAIA).

3 Propositions stratégiques et de mise en œuvre

Ci-après, successivement, les propositions concernant chaque domaine d'activités stratégiques puis les projets de transformations architecturales nécessaires à ces projets et enfin la structuration d'organisation interne qui en découle.

3.1 Propositions par domaines d'activité stratégique

3.1.1 Des domaines d'activité stratégique à reconsidérer

Les domaines d'activité seront repris conformément au diagnostic et aux propositions du pilote MAIA et des appels à projets prévisibles. Par ailleurs, et en prévision des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui permettent de transformer jusqu'à 30% de places⁶⁵, il serait opportun d'établir un pré-dialogue de gestion avec les financeurs pour faire reconnaître de nouveaux modes d'accompagnements sans réponses à appels à projets. L'idée générale est de **spécialiser les accompagnements, mis en place à la Résidence, autour du handicap et du grand âge : des pathologies croisées handicap, grand âge, démences précoces...**

Les domaines d'activité de la Résidence ont été découpés par modes d'accueils, d'hébergements et annexes.

3.1.2 Les modes d'accueil : de jour, temporaire et d'urgence

A) L'accueil de jour

L'accueil de jour courant le risque de fermeture, faute de demande et sur la base des besoins en termes d'offre et de service de la MAIA, pourrait évoluer vers une plateforme de répit des aidants en proposant un accueil de jour séquentiel et itinérant de publics différenciés.

B) L'accueil temporaire : transformation d'une place en accueil d'urgence

Une place, sur les deux d'accueil temporaire, pourrait être transformée en place d'accueil d'urgence (de jour et/ou de nuit) favorisant ainsi le répit des aidants.

3.1.3 Les modes d'hébergement : accroître la spécialisation et investir de nouveaux segments

A) L'hébergement classique durable : accueillir des personnes handicapées vieillissantes

Dans le cas de l'étude des services d'hébergement classique, il est opportun de raisonner par quartiers.

a) Quartier Hirondelles

Dans un premier temps, le quartier Hirondelles pourrait accompagner des personnes handicapées vieillissantes. Cette transformation de place pourrait être menée avec les financeurs via la MAIA. A termes ces locaux pourraient être améliorés de concert avec le quartier Colombes.

⁶⁵ Information donnée le 11/07/2017 en cours par M. Luc RENARD, Enseignant EHESP

Ce type d'accompagnement pourrait se développer ensuite par la création de nouvelles places dans les bâtiments de la ferme.

b) Quartiers Bergeronnettes

Le quartier des Bergeronnettes étant juste à côté du PASA, celui-ci pourrait se spécialiser vers des personnes désorientées.

c) Quartiers Mésanges

Conserver ce quartier en accueil classique

B) L'hébergement spécialisé : améliorer la qualité des locaux du quartier Colombes

La salle à manger du quartier Colombes est jugée trop petite.

Dans ce cadre, un projet architectural (commun au quartier Hirondelles) a été étudié. Il est en attente du plan de financement. Il permettrait d'accroître considérablement la qualité d'hébergement de ces quartiers.

3.1.4 Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie

A) Le séchoir : revenus locatifs ou QVT ?

Le séchoir sera utilisé soit pour obtenir des revenus locatifs soit pour augmenter la qualité de vie au travail.

B) La halte-garderie : un dispositif d'inclusion primordial !

L'établissement fera tout pour conserver ce dispositif dont il a été porteur car c'est un facteur d'inclusion sociale, de partage et de bien-être de tous (résidents de l'EHPAD et jeunes enfants). Si nécessaire, en son temps, l'établissement prendra des dispositions pour optimiser ces locaux.

C) La ferme : de belles perspectives pour une multitude de publics potentiels.

Deux modes d'hébergement pourraient être envisagés. Ils pourraient être mixés.

a) Logements adaptés pour personnes âgées autonomes

Des plans architecturaux (à voir ci-après) et de financement (pour parti) sont prêts, en prévision d'un appel à projet concernant 6 à 12 logements (du studio au F3) qui devrait être relancé début 2018.

b) L'accueil de personnes jeunes atteintes de maladies cognitives sévères ou de public handicapé

Des plans alternatifs ont également été réalisés. Ils ont pour objet la création de chambres, en vue d'accompagnements individuels personnalisés. Ils pourraient permettre l'ouverture d'au moins 30 chambres individuelles, par exemple de foyer de vie. La ferme possède à ce titre de multiples atouts principalement les différentes alternatives qu'elle peut offrir, entre autre, un espace clos ou ouvert disposant d'une salle commune et d'une entrée distincte. Ces bâtiments pourraient aisément communiquer avec les quartiers d'hébergement de la Résidence.

Grâce à cette spécialisation et la reconsidération des domaines d'activité, il s'agirait d'investir le secteur du handicap.

3.2 Faire évoluer le positionnement territorial : propositions stratégiques pour parvenir au positionnement optimal

Sans omettre les stratégies collaboratives qui pourraient être profitables aux parcours des personnes, ci-après suivront les propositions architecturales (car moins sujettes aux aléas de l'environnement) qui permettront d'accroître la qualité des accompagnements pour positionner la Résidence comme un acteur incontournable du secteur. Il sera ensuite question de la structuration de l'organisation interne mise en place et suffisamment malléable et capable d'évoluer pour y parvenir.

3.2.1 Les stratégies collaboratives⁶⁶ : améliorer l'ancrage territorial pour favoriser les parcours

Il serait opportun de **mettre en œuvre et d'actualiser le processus de management stratégique et opérationnel avec les autres partenaires du secteur** pour améliorer les accompagnements en profitant des ressources à proximité qui pourraient être envisagés dans un processus plus étroit et/ou intégratif. Dans la configuration actuelle, développer les infrastructures de communication serait un atout.

A) Utiliser les compétences des partenaires du secteur pour améliorer les prises en charges : distinguer les cœurs de métiers en conventionnant avec d'autres établissements

a) *Dans l'urgence*

La Résidence, accompagne les résidents dans les actes de leur vie quotidienne. Même si les problématiques de soins et de dépendance sont très largement prises en charge il peut être nécessaire d'avoir recours à des établissements sanitaires.

Une des possibilités peut consister à conventionner avec ses établissements puis évaluer les résultats de ces dispositifs. L'objectif est que les spécificités des résidents très vulnérables soient respectées : que leur bien être soit assuré durant les périodes de crises extrêmement difficiles.

b) *Des domaines de coopérations locales: essayer de développer de nouveaux dispositifs mais les évaluer sans tabou*

Plusieurs expérimentations ont été lancées par l'ARS : centre buccodentaire ; IDE de nuit ; prévention des chutes. La grande qualité du centre buccodentaire ne fait pas débat. Pour autant, au-delà d'évaluations qui mériteraient d'être effectuées objectivement, ces dispositifs engagent des coûts croissants à cause de financement qui ne sont pas assurés à 100%.

⁶⁶ Les coopérations en santé juin 2017 Bruno Gallet Mattei Jean-François (Préface)

https://www.presses.ehesp.fr/produit/les-cooperations-en-sante/?utm_source=Presses+EHESP&utm_campaign=5f406cb134-EMAIL_CAMPAIGN_2017_06_13&utm_medium=email&utm_term=0_a2bb057d8d-5f406cb134-28315149

B) Des possibilités de regroupement : GHT ; GCSMS ; GCS ; direction communes ; fusions...

De nombreuses possibilités de regroupement existent pour parvenir à une taille critique permettant de réaliser des économies d'échelles. Pour autant, il est intéressant dans ce calcul avantages / inconvénients, de tenir compte des éventuels coûts de centralité. Sans être développées dans cette note, quelques stratégies collaboratives sont envisageables. Il faut toutefois signaler que ce travail doit se construire grâce à une confiance entre institutions, femmes et hommes, qui fait parfois défaut notamment inter-secteurs.

Toutefois, il est possible de citer :

- La création d'un GCSMS ;
- Eventuellement des directions communes et autres fusions ;
- L'entrée dans le GHT de Haute Bretagne.

En effet, ces outils juridiques pourraient permettre d'être reconnus au niveau du GHT dans lequel la Directrice Générale du CHU voudrait voir entrer les EHPAD au « deuxième semestre 2017 »⁶⁷. A ce jour, deux domaines principaux de coopération sont envisagés par les EHPAD autonomes: le transfert de la gestion de l'association tutélaire ; et le partage des services de santé au travail.

Pour autant, à ce jour l'établissement poursuit la recherche d'amélioration de la qualité de ces accompagnements - reconnus, rappelons-le, à tous niveaux – grâce aux forces de ses ressources.

C) Développer les systèmes de communication et la télémédecine

Développer les modes de communication permettrait d'**améliorer les accompagnements** grâce à la diminution du nombre de transport, notamment grâce à la télémédecine. Accroître la visibilité et les modes de **communications de l'établissement** par un site internet et le développement des modes de communications dématérialisés permettra également de motiver le personnel autour du service rendu dans le cadre de ses missions.

3.2.2 Accroître les niveaux de compétences internes pour favoriser la qualité des accompagnements

Depuis de nombreuses années l'établissement a adopté une stratégie de formation pour augmenter les niveaux de compétences principalement des soignants (formation IDE, AS, AS spécialisé en gérontologie, AMP, ...), mais de nombreux besoins plutôt techniques se font désormais sentir (technicien, qualitatif, informaticien...).

Plusieurs formations dans ces domaines vont être accordées. Elles permettront d'obtenir une compétence interne à moindre coût, tout en motivant les professionnels soit par l'exemple, soit par l'enrichissement des tâches.

⁶⁷ Selon Mme M. JOUZEL – DG du CH de la Roche aux fées- durant une intervention à l'EHESP le 06/07/2017
< Vincent BLANC > - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

3.2.3 Deux projets stratégiques pour développer la qualité des accompagnements et la reconnaissance de la Résidence comme acteur incontournable

Dans les prochaines années il serait envisageable d'améliorer la qualité des DAS - grâce au projet Colombes -, et de se positionner sur de nouveaux dans les locaux agricoles réhabilités.

Pour ce faire, sont présentés ci-après les deux projets architecturaux qui pourraient abriter des unités spécialisées et/ou de nouveaux modes d'hébergement.

Ces deux projets de constructions constitueront la base des orientations stratégiques propres de la résidence pour les années à venir. Ils permettront de mieux répondre aux besoins (stratégie de diversification et / ou de spécialisation).

A) Projet n°1, quartier les Colombes⁶⁸ : stratégie de spécialisation et amélioration

Ce premiers projet concerne une extension architecturale pour améliorer la qualité de deux services par la création de deux salles communes qui devraient améliorer la qualité de vie des résidents et permettre éventuellement de proposer des accompagnements plus spécifiques comme l'accueil de résidents handicapés vieillissant conformément aux besoins analysés (budget estimé 300 000€). Cette spécialisation pourrait débuter sans attendre en choisissant sciemment le profil des résidents. Ci-après un bref aperçu.

a) *Etat actuel*



⁶⁸ Annexe 5 : Projet Colombes Hirondelles



b) *Esquisse projet et projection logicielle*





B) Projet n°2, stratégie de diversification : utiliser les bâtiments de la ferme⁶⁹

Ce projet permettra d'investir 1 nouveau DAS (ou segment) soit en faveur de personnes âgées autonomes ; soit de personnes handicapées vieillissantes ; soit un mix des deux.

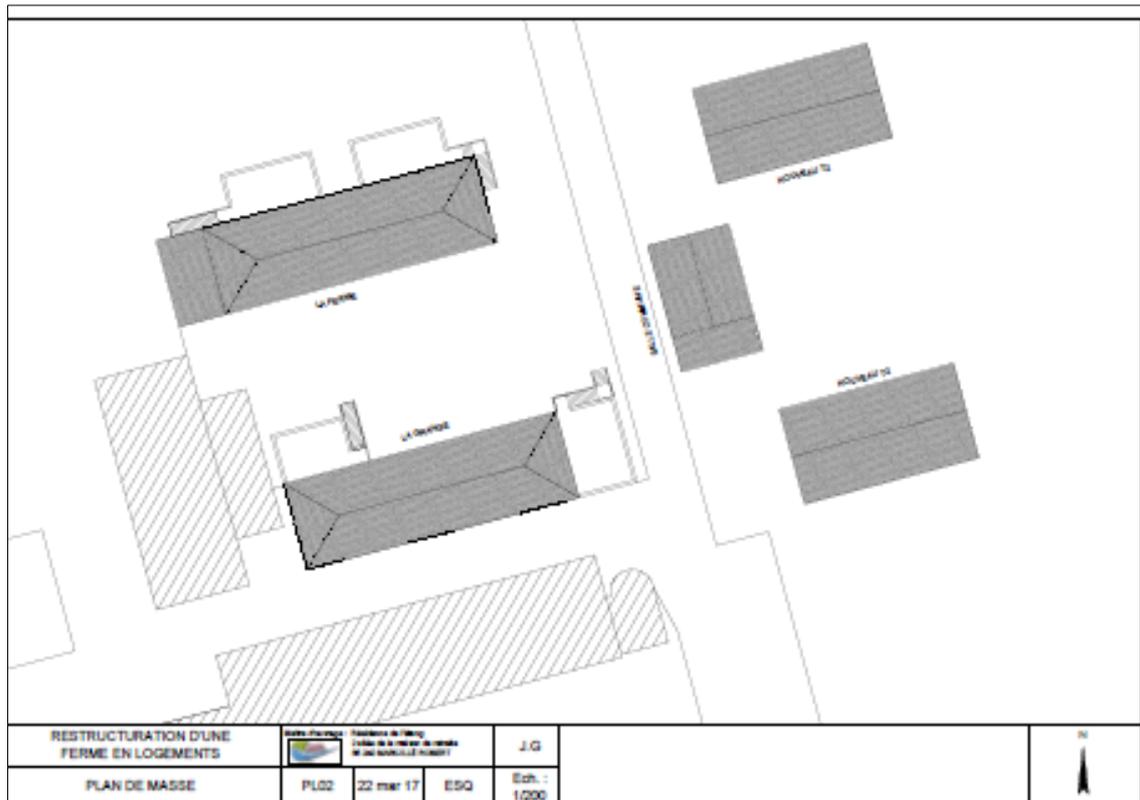
Ci-après une vue des plans réalisés :

a) *Vue du projet*



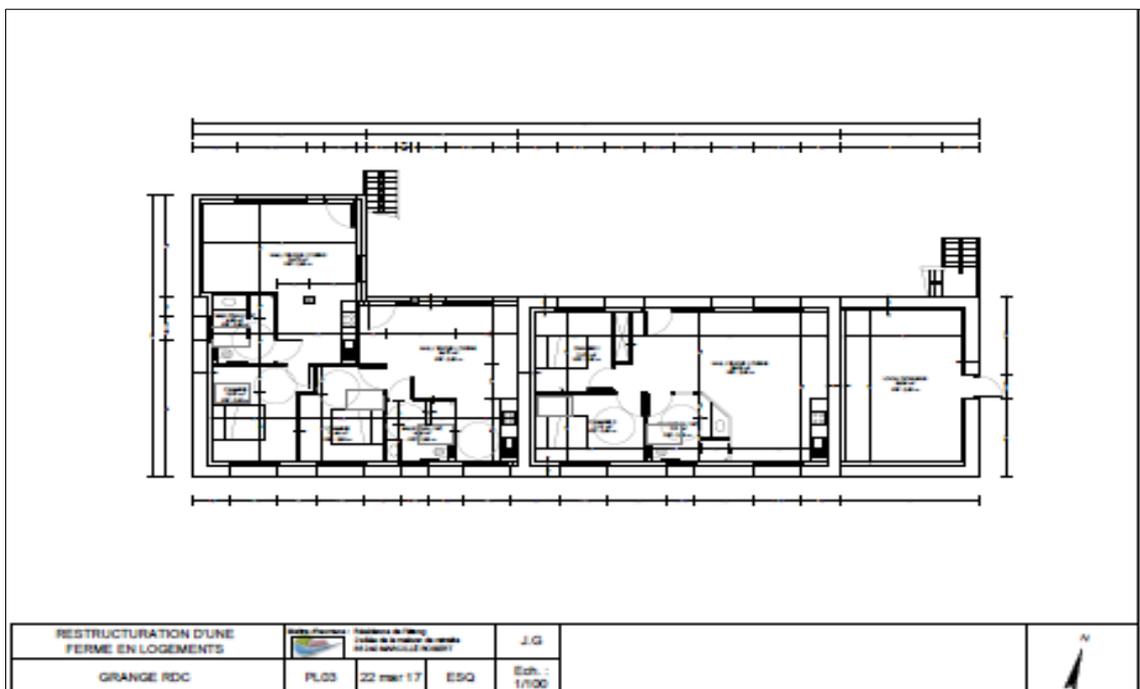
⁶⁹ Annexe 6 : Projet d'utilisation et de restauration des bâtiments de la ferme

b) *Plan de masse du projet*

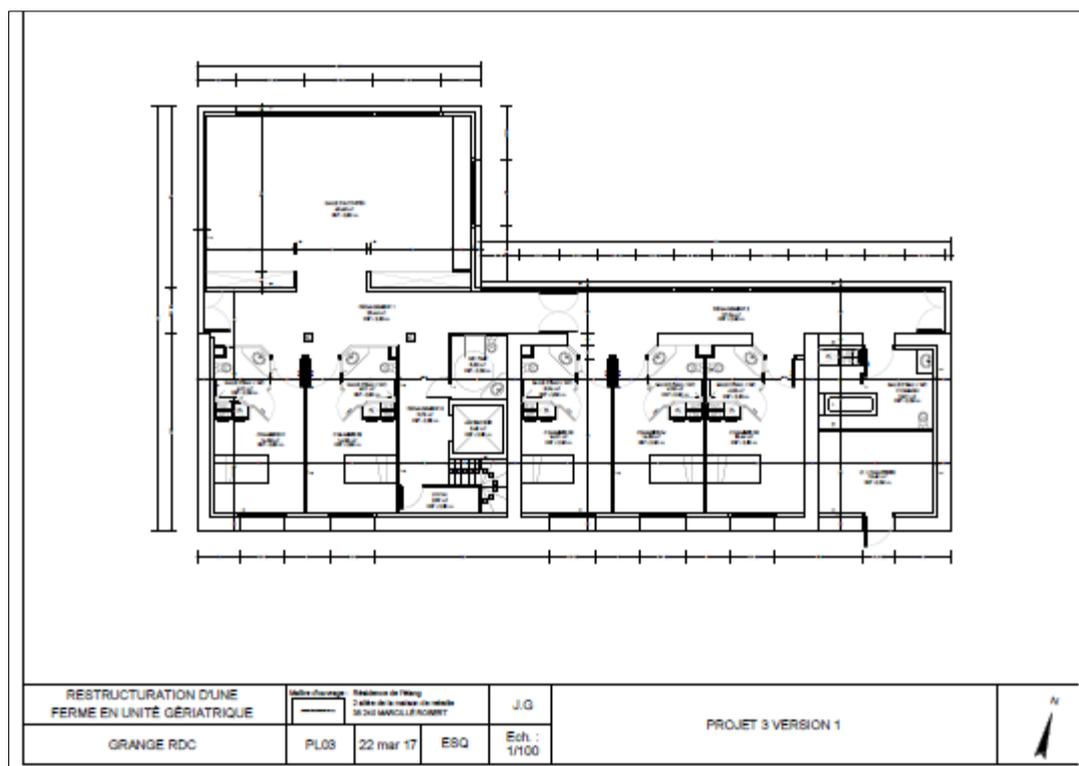


c) *Exemples de plans intérieurs*

Option logements adaptés aux personnes autonomes



Option service spécialisé



En conséquence, compte tenu du cadre de qualité dans lequel se situe cette Résidence, pour laquelle le potentiel de développement est considérable, les projets sont prêts à être lancés.

L'organisation interne est également adéquate.

3.3 Nouvelle structuration d'organisation interne⁷⁰

Comme la Résidence de l'ETANG a connu une croissance considérable et une amélioration constante de sa taille et de la qualité des accompagnements dans un contexte actuel changeant. Dès lors une restructuration de l'organisation interne est devenue nécessaire pour libérer du temps à la directrice sur-employée à des tâches administratives ; pour que chaque encadrant soit reconnu comme tel (conformément à l'Audit EHESP Conseil) ; pour que chaque professionnel puisse obtenir une réponse adaptée à ces questions grâce à une gradation du niveau de responsabilité et de hiérarchie ; pour pouvoir **continuer le développement de l'établissement en taille et en qualité.**

Ci-après le choix qui a été fait et le travail qui a débuté.

3.3.1 Une nouvelle structuration: de 12 services à 4 pôles : la création d'un corps d'encadrants intermédiaires constitutif de l'équipe d'encadrement

Puisque le diagnostic a mis en avant la nécessité de recentrer les activités de la directrice sur les coopérations et la stratégie (collaboration externe) ; puisque qu'il a également démontré que la structure avait considérablement grandi au point que son administration nécessitait une nouvelle structuration surtout s'il s'agissait de poursuivre cette croissance ; une nouvelle structuration interne en pôles a été

⁷⁰ Annexe 7 : organigrammes

mise en place. Il est nécessaire de préciser que de tels changements se mettront en place sur plusieurs années.

Au 1^{er} juin 2017, l'équipe d'encadrement augmentera de 6 à 8 membres grâce à la création des postes de responsable de l'accueil des usagers et responsable du pôle technique.

Pour éviter la gestion directe de la part de la directrice, outre la création de fonctions nouvelles – qualitatif, responsable de pôle- cette réorganisation se traduit par la création de fonctions spécialisées (qualitatif) outre un corps intermédiaire :

- Par le passage d'une structure en gestion directe de 12 services par la directrice, en collaboration avec les coordinateurs ; à la gestion de 4 pôles par des responsables
- Par le maintien de certaines fonctions spécialisées (médecin coordinateur, psychologue). Toutes ces personnes composent l'équipe d'encadrement.

A la tête de chacun des 4 pôles sera positionné un responsable de pôle qui servira d'intermédiaire à la directrice et de cadre aux agents. Ce responsable sera le premier interlocuteur des agents.

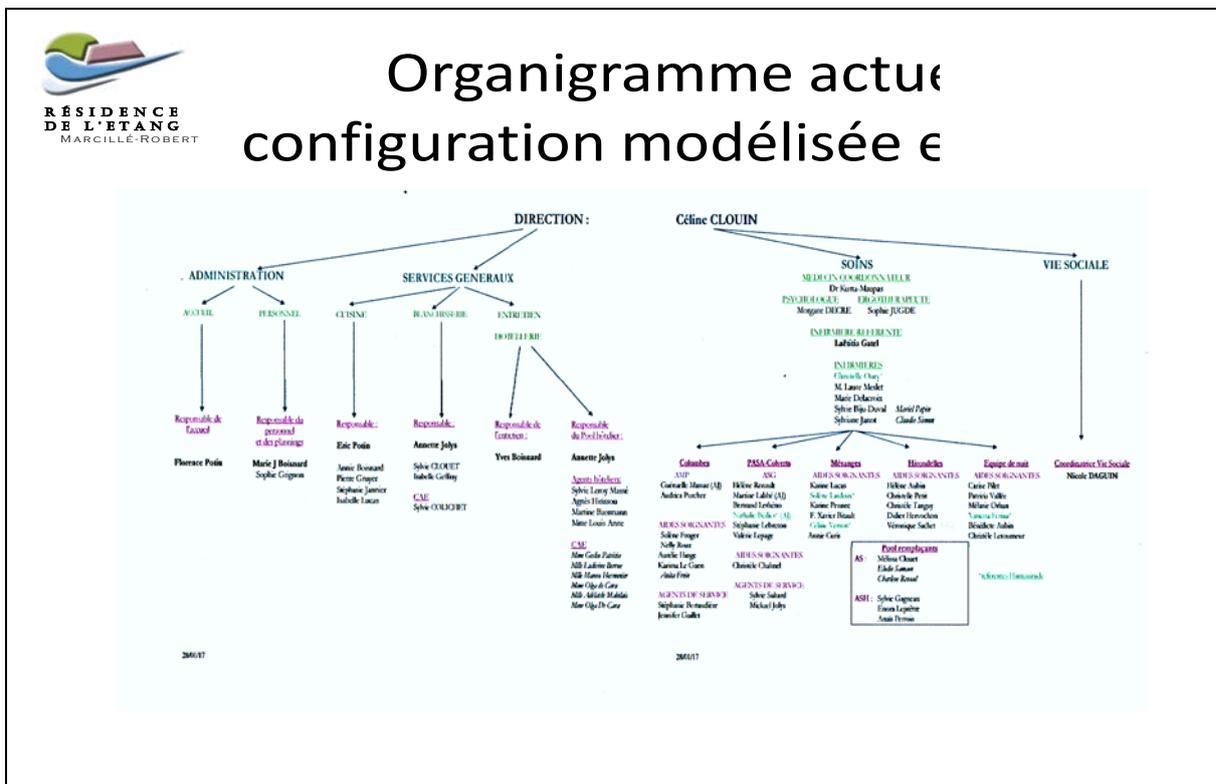
3.3.2 Un nouvel organigramme pour des responsabilités clairement identifiées

La nouvelle structuration interne a abouti à un nouvel organigramme et des modifications statutaires de la situation de certains agents notamment au pôle technique.

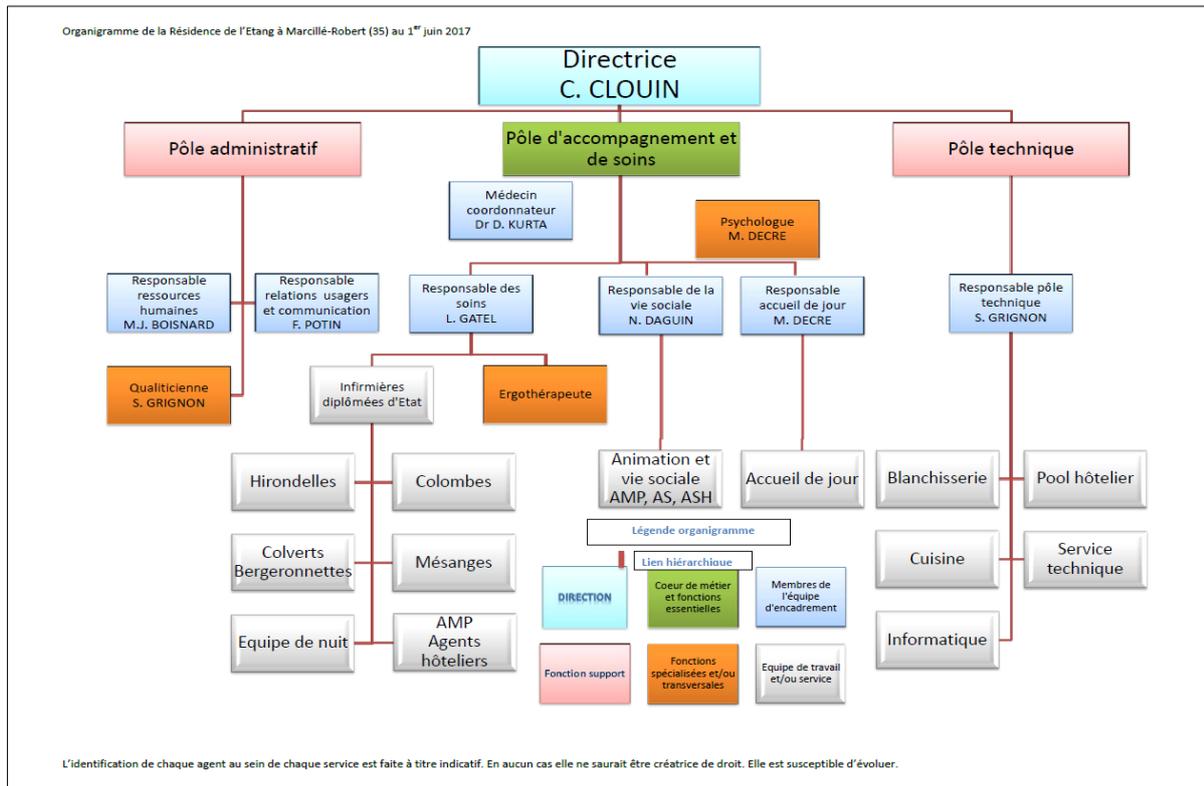
A) La nouvelle structuration : aboutissement et modifications statutaires

Tout d'abord l'ancien organigramme, puis celui mis en place au 1^{er} juin 2017

a) *L'ancien organigramme*



b) *Le nouvel organigramme : organigramme mis en place au 1^{er} juin 2017*



B) Des modifications statutaires ; des fonctions mieux définies

a) *2 agents verront leur statut modifié :*

- L'infirmière coordinatrice des soins (IDEC) qui assume des fonctions d'encadrement évalue notamment les infirmières. Elle verra son statut modifier en adéquation avec ses aspirations. Pour autant, elle devra pour cela passer le concours de cadre de santé et partir 8 mois en formation.
- Un agent administratif, qui commençait à se lasser, qui possédait les compétences et donnait entière satisfaction, a accepté de faire une formation de qualicienne. Comme elle souhaite voir ses compétences valorisées, elle prend désormais en supplément la gestion du pôle technique. Dès lors, elle passera prochainement un concours pour accéder au grade de technicien.

b) *Deux définitions importantes*

Toutes les fonctions et les termes utilisés dans cette nouvelle structuration interne ont été présentés au professionnels notamment celle de coordinateur qui organise ; et de cadre (ou responsable de pôle) qui évalue.

3.3.3 La nouvelle structuration interne : l'exemple du pôle technique

La cuisine et le pool hôtelier qui formeront le futur service de restauration appartiennent au pôle technique.

A) Le pôle technique : regroupement de 4 services sous la responsabilité d'un cadre

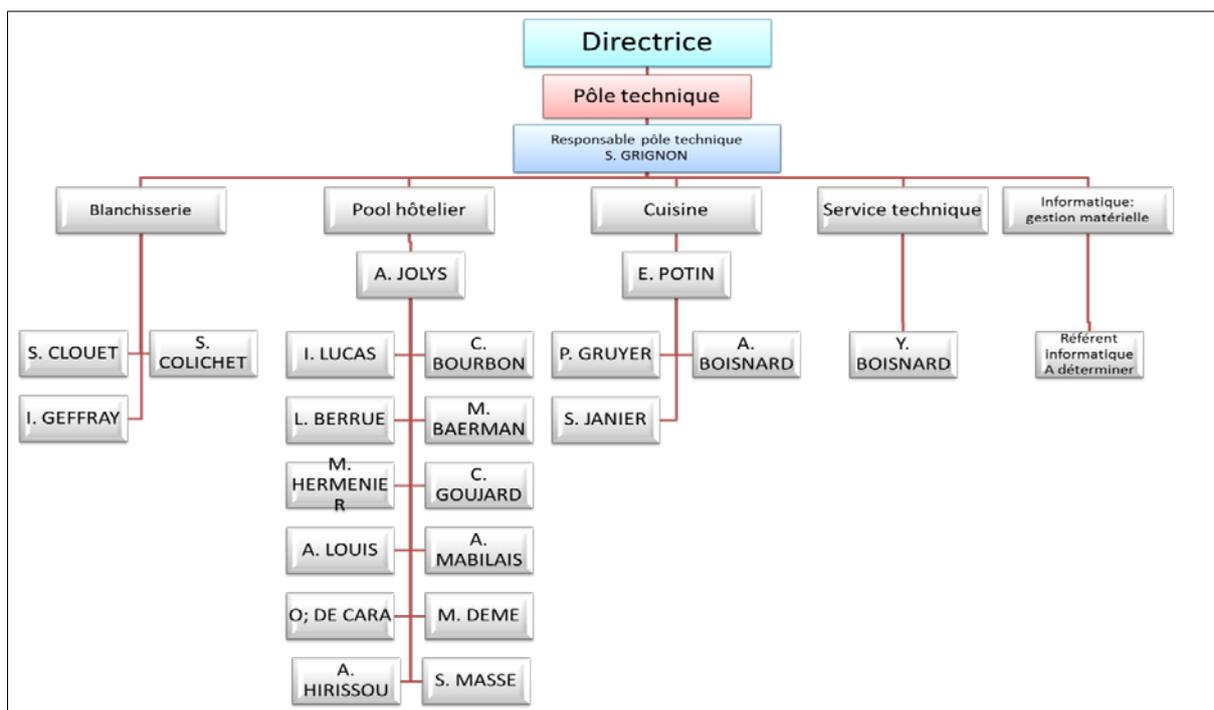
Avant, il existait 4 services distincts : cuisine (5 agents), pool hôtelier (6 agents), lingerie (3 agents), service technique (1 agent). La directrice s'adressait individuellement à chaque agent. Or, ceux-ci se trouvaient insuffisamment soutenus. Ils avaient des craintes à la rencontrer. Elle manquait de temps.

Suite à la nouvelle structuration, le pôle technique regroupe l'ensemble de ces services mais également les problématiques liées au système d'information. La responsable rencontre les agents fréquemment. Ils se trouvent mieux épaulés et considérés. La responsable assure le contrôle des dépenses et les liens interservices. Seule cette dernière rencontre régulièrement la directrice. Toutes deux assureront vraisemblablement les évaluations conjointes des agents, car c'est un élément de qualité et de motivation, tant que la directrice en aura la disponibilité.

La directrice gagne ainsi du temps pour traiter des sujets stratégiques notamment et participer aux différentes réunions de concertation concernant le territoire.

A titre d'exemple, le pôle technique et le service cuisine (qui en font partie) s'en trouvent ainsi modifiés.

B) Organigramme du pôle technique



C) L'exemple de la cuisine : soutenir en gestion, diminuer les coûts et maintenir la qualité

a) Réorganiser la cuisine pour améliorer son fonctionnement

La cuisine fonctionnait mal. Les risques concernant la sécurité juridique et alimentaire, la qualité, la traçabilité, le gaspillage, les relations interpersonnelles, ... étaient importants.

Après avoir identifié les causes majeures notamment absence de leader (incapacité du chef à se faire respecter et obéir) ; incompétences en gestion, mauvaise utilisation du matériel bureautique et en diététique... l'organigramme hiérarchique de ce service fût à son tour restructuré. Le chef est désormais « béquillé » par la responsable (plus compétente).

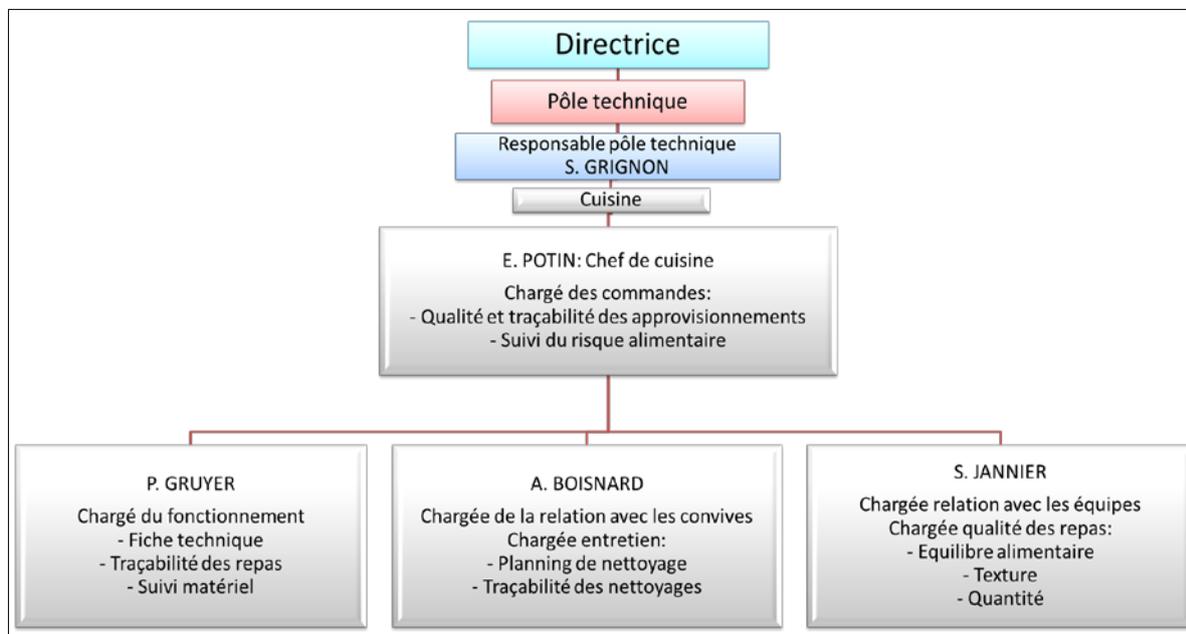
Les postes ont été modifiés. L'équipe cuisine a été recentrée sur les fonctions de cuisinant. Le pool hôtelier a récupéré 0.8 ETP. Les agents hôtelier sont ainsi 4 tous les matins (au lieu de 3.5), soit 1 par quartier. Ce gain de temps est réparti en 2 heures de plonge quotidienne et 2 heures supplémentaires auprès des résidents. C'est une amélioration des qualités d'accompagnement et de vie des résidents.

Parallèlement, des temps de concertation quotidiens d'environ 10 minutes ont été mis en place. C'est l'occasion, pour toutes personnes qui le souhaite, de rencontrer l'équipe cuisine. Cela permet de lever certaines tensions et de préparer un groupe qui inclura le pool hôtelier pour former un véritable secteur de restauration.

Ensuite, 2 temps de réunion hebdomadaires ont été dédiés aux menus : à priori dès leur confection ; à postériori pour leur évaluation et évolution.

En conséquence, l'organigramme de la cuisine a été modifié comme suit.

b) *Organigramme du service cuisine - nominatif et références*



Conclusion

Le travail qui a été réalisé dans le cadre de ce mémoire s'est voulu pragmatique. Pour autant, il s'appuie sur une multitude d'enseignements théoriques et conceptuels sans lesquels il aurait été impossible. C'est une démarche que je pourrai reproduire et valoriser.

Par ailleurs, cette démarche a indéniablement démontré la qualité des accompagnements à la Résidence de l'Etang.

Les besoins du territoire révèlent un besoin de spécialisation pour lequel l'organisation mise en place désormais, permettra de répondre. Les projets sont nombreux, tant aux niveaux de besoins que dans la réponse que peut apporter la Résidence et son personnel.

Jusqu'alors l'autonomie de cet établissement est un levier puissant de qualité.

Il reste à savoir si cette stratégie, qui jusqu'alors ne montre que peu de limite, est tenable compte tenu du contexte actuel.

Par ailleurs, ce travail aura été un apprentissage intéressant pour le directeur que je suis, surtout car il m'a permis de poursuivre une dynamique de co-construction face aux oppositions qui peuvent parfois se construire de nos jours.

Mettre en place une démarche stratégique c'est, selon moi, répondre aux besoins avec plus d'acuité. En prenant mon poste je n'oublierai pas cet état d'esprit de curiosité et d'optimisme qui doit nous habiter.

En effet, la qualité d'accompagnement et de vie au travail ; les parcours, collaborations et appuis des professionnels ; les contraintes légales et économiques ; mais également les idéologies et intérêts personnels sont de nombreux déterminants dans les dynamiques actuelles.

Rester isolé, pour un établissement et/ou son équipe de direction et ses professionnels, c'est aller contre l'histoire et les besoins des usagers. Aussi les collaborations quelles qu'elles soient, mais notamment les GHT semblent inéluctable. Toutefois, les établissements similaires à la Résidence de l'Etang ont une spécificité à défendre en faveur de leurs publics : **l'accompagnement médico-social**. Il existe en matière de collaboration d'autres formes possibles, par exemple les conventions, les groupements de coopérations, et les partages de professionnels.

La complémentarité est un atout pour les parcours des usagers parce qu'elle permet d'éviter les ruptures et d'obtenir les compétences. Pour autant pour qu'elle le reste pour les professionnels, car la qualité de vie et l'espoir sont un fort levier de satisfaction, il serait intéressant de l'envisager décentralisée, même si là aussi, l'histoire ne va pas en ce sens. Pourtant, j'ai pu observer le lien étroit entre satisfaction des usagers et des professionnels.

Assurer la pérennité d'un établissement et la bonne qualité des accompagnements c'est faire face à plusieurs paradoxes. D'une part, obtenir des compétences et un coût acceptable se traduit par des économies d'échelles et de structure inévitables, dont la fonction de direction peut faire les frais. D'autre part, avoir accès à la direction s'est une garantie d'espoir d'évolution pour les salariés et de reconnaissance pour les usagers - gage de qualité -. Dès lors un établissement doit atteindre une taille critique pour faire front à ces défis. Sa structuration doit être également adéquate ; les usagers et professionnels, connus et reconnus grâce à des dynamiques de co-construction, décloisonnement et dépassement d'intérêts particuliers qui renvoie aux valeurs de notre société.

Parmi ces valeurs, il sera notamment question d'égalité, de liberté et fraternité que doit traduire l'engagement d'un directeur et de tout salarié œuvrant dans la protection des plus vulnérables. Ne pas omettre, pour dépasser le seul espace national et s'appuyer sur ce qui nous rapproche, par-delà de ce qui nous sépare, pour s'ouvrir à nos voisins : « unis dans la diversité »

Sources et bibliographie

Agence régionale de santé (Bretagne), Chagnon P, Cocktail Santé. Bretagne, terre hospitalière: Breizh tour. Paris: Essop/Cocktail Santé; 2014.

APM News. Les GHT [Internet]. Dossier présenté à; Disponible sur: <https://www.apmnews.com/dossier.php?objet=44>

APM News. Les nouveaux PRS décalés à avril 2018 pour intégrer les axes de la stratégie nationale de santé (Agnès Buzyn). Disponible sur: http://www.apmnews.com/story.php?objet=305733&idmail=PjsxFe42fDtm_2R4a6TVPSoxvg-C12Kt-8MVz1oWazyqh35TjjVsmTrAKvmCPYPGU067TzqlmZByqZyR5cnDzCiAGHQHLJ15Tjt0yIrM3joSFzOvPCh-V5dTy9sbxQ41D1yjFDSLbVmoS7RU5AcBNMqsofTrGgfdUpSmh08d_NnZrx1YMmgPIbAKMcjwz_k36ORuPQO3SY7Zrx1YMmgPIbZsd4FHZEcf

ARS. La stratégie nationale de santé et la loi de modernisation de notre système de santé. février 2017;

ARS Bretagne. La construction du PRS 2 (2018-2022) [Internet]. ARS Bretagne; 2017. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/la-construction-du-prs-2-2018-2022>

ARS Bretagne. PRS Bretagne 2018/2022:Etat de santé de la population Bilan de l'offre de santé Bilan du PRS 2012 -2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Synth%C3%A8ses%20Bilans%20V6.pdf>

Badey-Rodriguez C. Familles et professionnels en gérontologie : quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ? Recherche en soins infirmiers. 2008;94(3):70.

Bartoli A, Blatrix C. Management dans les organisations publiques: défis et logiques d'action. Paris: Dunod; 2015.

Beauvois J-L. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 2014.

BLANC P. « UNE LONGEVITE ACCRUE POUR LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES : UN NOUVEAU DEFI POUR LEUR PRISE EN CHARGE » [Internet]. Senat; 2006 nov. Disponible sur: http://crehpsy-documentation.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=399

Blanpain N, Buisson G. 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? [Internet]. INSEE première; 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>

Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 [Internet]. INSEE première; 2010. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

Blanpain N. 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? [Internet]. INSEE première; 2010. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281153>

Blanpain N. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

< Vincent BLANC> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

BLEUNVEN L. Mémoire EHESP: Le positionnement stratégique d'un ex-hôpital local au sein de son territoire, l'exemple du CH de Janzé et sa coopération avec le CHU de Rennes [Internet]. EHESP; Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/dessms/bleunven.pdf>

Bonnefous B, Lecocq P, Le Goavec Y. Management diplôme de comptabilité et de gestion: épreuve 7. Paris: Hachette supérieur; 2013.

Center for History and New Media. Guide rapide pour débiter [Internet]. Disponible sur: http://zotero.org/support/quick_start_guide

CH de JANZE. Présentation du CH de JANZE [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-janze.fr/>

CHU de Nantes. CHU de Nantes:Présentation du nouvel hôpital sur l'Île de Nantes [Internet]. 01/07/2015 présenté à; Disponible sur: http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/articles_2015/IDN-dossier-presse.pdf

Claret N. Management GEA et TC, 1re et 2e années. Paris: Nathan; 2009.

CNSA. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-chiffres-cles-01-06-2015-1.pdf>

CNSA. MAIA: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie [Internet]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf

Collectivité locales.gouv. Services d'intérêt économique général (SIEG) et obligations de services publics [Internet]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/services-dinteret-economique-general-sieg-et-obligations-services-publics>

COUTY E. Pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux [Internet]. 2013 mars. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance-rapport_de_synthese.pdf

Desrivierre D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole [Internet]. INSEE première; 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>

DGCS. Projet stratégique 2017 2019 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_strategique_dgs.pdf

Downey GW. Model healthcare goes to jail in Miami. Mod Healthc (Short Term Care). juin 1976;5(6):41-3, 45-8.

DREES. Enquête EHPA 2015 [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

DREES. Les dépenses de santé depuis 1950 [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>

EHESP. Luc Renard, enseignant EHESP [Internet]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/annuaire/enseignement-recherche/luc-renard/>

ehesp conseil. ehespconseil.fr/ [Internet]. Disponible sur: <http://www.ehespconseil.fr/>

Eremina SS, Solomonova LN. [Physical work capacity of patients with bronchial asthma after treatment with bronchodilator agent, berotek]. Sov Med. août 1975;(8):141-2.

Escudié J-N. Personnes âgées - La dépendance en établissement continue de s'accroître. Groupe Caisse des dépôts [Internet]. 22 mai 2014; Disponible sur: <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250267199943>

Étienne J, éditeur. Dictionnaire de sociologie: les notions, les mécanismes, les auteurs. 3. éd. Paris: Hatier; 2004. 448 p. (Initial).

Gallet B, Mattei J-F. Les coopérations en santé: concours administratifs dans les secteurs de la santé et du médico-social. 2017.

Garcia C, Forray J-B, Stoll S. Métropoles : le modèle lyonnais ne fait pas école. La Gazette.fr. Disponible sur: <http://www.lagazettedescommunes.com/512292/metropoles-le-modele-lyonnais-ne-fait-pas-ecole/>

Georges P, Siat G. Droit public. Paris: Dalloz; 2010.

Giboin B, Serfaty D. La boîte à outils de la stratégie: avec 8 vidéos d'approfondissement. Malakoff: Dunod; 2016.

Gottsmann J, Verrielle F. Directeur d'hôpital. Paris: Vuibert; 2007.

Gouvernement. réforme des Conseils départementaux [Internet]. 2017 mai. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/la-reforme-territoriale>

HAS. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques [Internet]. 2012 avr 15. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques

HAS. Promouvoir les parcours de soins: des parcours de soins rénovés pour les maladies chroniques [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques

Hospimedia. L'inquiétude monte face au nombre de reprises d'associations d'aide à domicile par un groupe privé. Hospimédia [Internet]. 5 févr 2017; Disponible sur: http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170502-bloc-note-medico-social-l-inquietude-monte-face?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Hospimedia. GHT: un an après. 2017.

IAE de LILLE. La notion d'organisation [Internet]. Cours en ligne présenté à; Disponible sur: http://bricks.univ-lille1.fr/M19/cours/co/000_module_19_IAE.html

Ifop pour le SMPS. Les GHT un an après [Internet]. Disponible sur: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/189783/2439/114668_-_Rapport_SMPS.pdf?1498131770

INSEE. Personnes âgées dépendantes (Tableaux de l'Économie Française 2014) [Internet]. Insée; 2014. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

Joule R-V, Beauvois J-L. La soumission librement consentie: comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire ? 2017.

Jouzel M. Centre hospitalier de la roche aux fées [Internet]. 2017 juin 7. Disponible sur: http://real.ehesp.fr/pluginfile.php/107714/mod_resource/content/0/2017%20%2007%2006%20pr%C3%A9sentation%20EHESP%20V4.pptx

KPMG. Observatoire des EHPAD Avril 2014 KPMG [Internet]. KPMG Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire; 2014. Disponible sur: <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

KPMG. KPMG Présentation [Internet]. Disponible sur: <https://home.kpmg.com/fr/fr/home/a-propos-de-kpmg/chiffres-et-references.html>

Leban R, Dehecq J-F. Management de l'entreprise Principes et meilleures pratiques. Paris: Éd. d'Organisation : Eyrolles; 2008.

Legrand A, Wiener C. Le droit public. Paris: La documentation Française; 2017.

Leniger-Follert E, Lübbers DW, Wrabetz W. [Regulation of local tissue PO2 in the cerebral cortex of the cat]. Fiziol Zh SSSR Im I M Sechenova. oct 1975;61(10):1513-7.

Marescotti R, Gineste Y. Humanité: Principes et méthodes [Internet]. Disponible sur: <http://www.humanitude.fr/>

MARIN P. Développement du système de santé en France Principes, organisation et fonctionnement. 2016.

Maury S. Les questions sociales aux concours. Paris: La Documentation française; 2016.

Meslé F. Allongement de la vie et évolution des pathologies. Gérontologie et société. 2004;108(1):15.

Ministère des Solidarités et de la santé. Arrêté:Charte des droits et libertés de la personne accueillie [Internet]. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles oct 9, 234apr. J.-C. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248&categorieLien=id>

Ministère des Solidarités et de la santé. STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, CE QU'IL FAUT RETENIR [Internet]. 2013 sept 23. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf> <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

Ministère des Solidarités et de la santé. Pacte territoire santé [Internet]. 2017 juin 20. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/>

Ministère des Solidarités et de la santé. Décret GHT: communiqué de presse [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/publication-du-decret-sur-les-groupements-hospitaliers-de-territoire-une>

Ministère des Solidarités et de la santé. GHT Mode d'emploi [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

Ministère des Solidarités et de la santé. Les GHT [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

Moquet-Anger M-L. Droit hospitalier. 2016.

Moret A. GCSMS et GHT constituent un moyen pour les Ehpad publics autonomes de devenir « stratèges ». Hospimédia [Internet]. 18 mai 2017; Disponible sur: <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170518-paris-healthcare-week-2017-gcsms-et-ght-constituent>

Moret A. Les services de l'État déplorent l'approche « trop classique » du vieillissement dans les bourgs. Hospimédia [Internet]. Disponible sur: http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170801-collectivites-les-services-de-l-etat-deplorent-l?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Neulat Isard S. Devenir des contrats aidés: l'inquiétude pour les Ehpad grandit. Gérontonews

Pommeret B. La boîte à outils de l'organisation. Malakoff: Dunod; 2017.

Quéguiner T. Le bilan à un an des GHT mené par le SMPS révèle un mal-être croissant dans les directions. hospimédia. 22 juin 2017; Disponible sur: <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170622-ressources-humaines-le-bilan-a-un-an-des>

Quillien P-J, Tchen V. Le droit public en 90 fiches. Paris: Ellipses; 2016.

Rabeux C. L'évaluation qualitative du projet Paerpa met en lumière des premiers résultats encourageants. Hospimédia [Internet]. 5 nov 2017; Disponible sur: http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170511-politique-de-sante-l-evaluation-qualitative-du-projet?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

République française. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. NOR: MESX0000158L janv 3, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

République française. Constitution du 4 octobre 1958 [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/la-constitution-du-4-octobre-1958.5071.html>

République française. Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 constitutionnelle instituant les lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. NOR: JUSX9500183L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000741468>

République française. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES [Internet]. JORF du 3 janvier 1971 page 74. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402>

République française. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [Internet]. JORF du 1 juillet 1975 page 6604. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217&categorieLien=id>

République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.

République française. LOI n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (1). NOR: RDXF1306287L.

République française. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. JORF n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268 texte n° 1. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=JORFARTI000031913559&categorieLien=cid>

République française. LOI organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (1) [Internet]. NOR: SANX0500006L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000813423&categorieLien=id>

République française. loi portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) du 7 août 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030985460&categorieLien=id>

Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet]. INSEE première; 2007. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

Robillard J. Le découpage des GHT serait le symptôme d'une vision jacobine éloignée des usages de la population. Hospimédia [Internet]. 30 juin 2017; Disponible sur: <http://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20170630-politique-de-sante-le-decoupage-des-ght-serait>

Saison J. Droit hospitalier concours catégorie A. Paris: Gualino; 2011.

san-nc/ab/cbe/eh. La FHF exprime ses craintes et ses attentes pour le médico-social. Gérontonews [Internet]. 16 mai 2017; Disponible sur: <http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ5OQ1VC4>

Santé. Gouv. Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social [Internet]. Disponible sur: http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

SARKOZY N. Allocution du Président N. SARKOZY au CHU de Bordeaux [Internet]. Disponible sur: <http://video-streaming.orange.fr/actu-politique/allocution-au-chu-de-bordeaux-en-gironde-VID0000000Bjwb.html>

UNAPEI. Le vieillissement des personnes handicapées mentales ©Unapei - Juin 2015. Les essentiels de l'UNAPEI [Internet]. (Le vieillissement des personnes handicapées mentales). Disponible sur: http://www.unapei.org/IMG/pdf/unapei_essentiel_vieillissement.pdf

Union Européennes. VersioTraité sur le fonctionnement de l'Union européenne [Internet]. Journal officiel n° C 326 du 26/10/2012 p. 0001-0390 oct 26, 2012. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

Union Européennes. Présentation de l'union européenne [Internet]. Disponible sur: https://europa.eu/european-union/about-eu/history/founding-fathers_fr

Union Européennes. Répartition des compétences au sein de l'Union européenne [Internet]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=URISERV%3Aai0020>

Vie Publique. Les grandes dates de la décentralisation [Internet]. 2016 août 2. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/grandes-dates-decentralisation.html>

Vie Publique. Compétences des collectivités territoriales [Internet]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/collectivites-territoriales/competences-collectivites-territoriales/quelles-sont-competences-exercees-par-departements.html>

Vie Publique. loi de financement de la Sécurité Sociale [Internet]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/financement/qu-est-ce-qu-loi-financement-securite-sociale.html>

Vie Publique. loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-modernisation-action-publique-territoriale-affirmation-metropoles.html>

Vigneron E. L'Hôpital & le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent.

vl/fb/cbe/eh. Personnes âgées: 6.800 places installées en 2016. gerontonews.com. 7 juill 2017; Disponible sur: http://www.gerontonews.com/Personnes-agees-6800-places-installees-en-2016-NS_CZ7OSPRQQ.html

Table des matières

Avant-propos	2
Introduction.....	3
Point 1 : Une démarche stratégique en réponse aux questions soulevées par l'environnement.	3
Point 2 : Une démarche stratégique en réponse aux questionnements des personnels par rapport à leurs positionnements professionnels.	5
Point 3 : Une démarche stratégique, pour proposer une vision à moyen et long terme, est de la compétence et du devoir du DESSMS.	5
Point 4 : Une démarche stratégique aura vocation, car fondée sur des valeurs portées par l'ensemble du personnel, à devenir le socle du prochain projet d'établissement (PE) et utile au futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).....	6
1 La démarche stratégique : une responsabilité du directeur fruit d'un processus participatif 7	
Pourquoi ce thème de mémoire sur la démarche stratégique?.....	7
Qu'est-ce que la démarche stratégique?.....	7
1.2 Les étapes essentielles de l'analyse : un processus analytique.....	8
1.2.1 Réaliser une analyse documentaire, juridique et territoriale.....	8
1.2.2 Des entretiens enrichissants pour déterminer les notions essentielles	9
1.2.3 Une observation participante	9
1.3 Les propositions et choix : fruit de méthodes participatives	10
1.3.1 Un mode de proposition consensuel en équipe de direction.....	10
1.3.2 Des choix stratégiques avec assentiment des instances à la recherche de pérennité pour l'établissement.....	10
A) L'assentiment et avis des instances	10
B) Les stratégies proposées pour assurer pérennité de l'établissement et de sa qualité	10
1.3.3 Des choix tactiques et de mise en œuvre travaillés en équipe.....	10
A) Les choix tactiques travaillés en équipe d'encadrement : organiser les tâches	11
B) Les décisions et choix mis en œuvre avec les équipes de terrain : minorer les craintes individuelles et collectives	11
1.3.4 Encadré de synthèse : éléments de cadrage méthodologique de la démarche stratégique	11

2	Présentation contextualisée de la Résidence de l'Etang : l'analyse externe et interne	11
2.1	Diagnostic externe : déterminer les opportunités et menaces au regard des besoins exprimés	11
2.1.1	Contexte et facteurs globaux : les grandes caractéristiques du secteur médico-social en France	12
A)	Les influences socioculturelles et démographiques : une population qui continue de croître et de vieillir plus rapidement que le nombre de places disponibles	12
a)	Le vieillissement de la population : vers le doublement des plus de 75 ans	12
b)	Les personnes accueillies en EHPAD : un nombre en croissance mais des places limitées	13
c)	Vieillesse des personnes en situation de handicap : besoin de places	14
B)	Les influences politiques et légales du secteur médico-social : un partage de compétences	14
a)	Un projet de protection sociale ayant atteint ses limites	15
b)	Les ressources humaines pour satisfaire les besoins	15
c)	Une construction duelle du sanitaire et du social : le médico-social	15
d)	La répartition des responsabilités entre pouvoir central et décentralisé.....	16
e)	Une reconnexion nécessaire en faveur des parcours.....	16
f)	Une Union Européenne déterminante en matière de concurrence	17
g)	Une dynamique de groupe : les GHT	18
C)	Les influences économiques du secteur médico-social : soigner mieux en maîtrisant les coûts	18
a)	Le poids financier croissant des dépenses de santé	18
b)	Le droit de regard et de régulation du parlement sur les comptes de la protection sociale	19
D)	Les influences technologiques et écologiques sur les modes de prise en charge et d'accompagnement	19
a)	Le progrès technique : révolution des techniques soignantes, virage ambulatoire et télémédecine	19
b)	La transition épidémiologique : vers une diversification des modes d'accueil et de prise en charge.....	20
c)	Une hausse de compétences en opposition avec la rareté de certaines fonctions	20
2.1.2	Les facteurs régionaux et / ou territoriaux : les dynamiques de projet et de parcours	20
A)	Les perspectives de développement favorables à la Résidence	20

a)	Perspectives issues du national : le Pacte territoire santé	21
b)	Bilan et perspectives régionales : Synthèse du PRS 2011 - 2017	21
	Bilan de l'état de santé de la population:.....	21
	Perspectives issues du bilan du PRS 2012 – 2016:	21
c)	Perspectives territoriales :	21
	Appel à projet du Conseil départemental	21
	Les besoins d'offre et de services identifiés par la table tactique MAIA.....	21
	Besoins en termes d'offre et de service	22
B)	Point de vigilance : des perspectives incontournables éventuellement coûteuses	23
a)	La recherche de lit d'aval des établissements de santé : établir un dialogue sain favorable aux coopérations	23
b)	Des coûts croissants liés aux compétences : des besoins croissants.....	23
c)	Des coûts liés aux coopérations : vers une augmentation inéluctable	23
2.1.3	Les facteurs externes locaux.....	23
A)	Présentation de la Résidence de l'Etang : EHPAD typique	24
a)	Localisation	24
	Localisation géographique de MARCILLÉ-ROBERT	24
	Localisation de la Résidence de l'Etang à MARCILLÉ-ROBERT	24
	Photographie de l'établissement	24
b)	Descriptif : un EHPAD en progression constante.....	25
c)	Capacité : 91 lits et places.....	25
d)	Financement : des tarifs dans la moyenne du secteur	25
e)	Des valeurs d'HUMANITUDE pour l'ensemble du personnel.....	25
B)	Les besoins des résidents et de leur famille : une demande de spécialisation et d'accompagnement des personnes âgées du canton	26
C)	La concurrence de proximité : ensemble d'entités proposant une offre de services répondant à des besoins proches et similaire dans les secteurs et territoires d'activité de la Résidence.....	26
D)	Les demandes des élus et des instances : conserver la qualité et l'attractivité de la Résidence pour préserver l'emploi.....	27
2.1.4	Encadré de synthèse du diagnostic externe : des risques sociétaux mais des opportunités pour la Résidence.....	27

2.2	Diagnostic interne de la Résidence de l'Etang : déterminer les forces et faiblesses des ressources disponibles	28
2.2.1	L'accompagnement, cœur de métiers de la Résidence versus prise en charge cœur de métiers du sanitaire.....	28
A)	PEC : définition, contraintes et limites.....	28
B)	Accompagnement : définition, contraintes et limites	28
2.2.2	Des modes d'organisation actuels inappropriés parce que construit pour une structure de petite taille.....	28
2.2.3	Les ressources humaines, financières, matérielles, naturelles disponibles : un vivier local de compétences à développer et exploiter	29
2.2.4	Encadré de synthèse du diagnostic interne.....	29
2.3	Abrégé du diagnostic : des domaines d'activité stratégique insuffisamment spécialisés ou diversifiées pour les uns ; risque de fermeture pour les autres	29
2.3.1	Les domaines d'activité stratégique : accueil de jour ; hébergement classique, temporaire ou spécialisé ; et activités accessoires.....	30
A)	L'accueil de jour : 6 places à consolider, diversifier et développer	30
B)	L'hébergement dit « classique » : 52 résidents mais une demande insuffisante face à l'offre	30
a)	L'hébergement classique (durable)	30
b)	L'hébergement temporaire : 2 lits sur la sellette parce que jugé durable	31
C)	L'hébergement spécialisé : 33 résidents mais une demande beaucoup plus importante que l'offre	31
2.3.2	Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie	31
A)	Le séchoir : des locaux à louer ou transformer	31
B)	.La halte-garderie : interrogation sur la pérennité de l'activité dans les locaux actuels	32
C)	La ferme : des locaux et du foncier disponible offrant de belles perspectives	32
2.3.3	Les 2 domaines des services supports : technique et administratif	33
A)	Le service administratif	33
B)	Les services techniques	33
2.4	Encadré de synthèse : conséquences du diagnostic.....	33
3	Propositions stratégiques et de mise en œuvre	34
3.1	Propositions par domaines d'activité stratégique	34
3.1.1	Des domaines d'activité stratégique à reconsidérer	34

3.1.2	Les modes d'accueil : de jour, temporaire et d'urgence	34
A)	L'accueil de jour	34
B)	L'accueil temporaire : transformation d'une place en accueil d'urgence	34
3.1.3	Les modes d'hébergement : accroître la spécialisation et investir de nouveaux segments	34
A)	L'hébergement classique durable : accueillir des personnes handicapées vieillissantes	34
a)	Quartier Hironnelles	34
b)	Quartiers Bergeronnettes	35
c)	Quartiers Mésanges	35
B)	L'hébergement spécialisé : améliorer la qualité des locaux du quartier Colombes	35
3.1.4	Domaines d'activité accessoires : ferme, séchoir, halte-garderie.....	35
A)	Le séchoir : revenus locatifs ou QVT ?.....	35
B)	La halte-garderie : un dispositif d'inclusion primordial !	35
C)	La ferme : de belles perspectives pour une multitude de publics potentiels.	35
a)	Logements adaptés pour personnes âgées autonomes	35
b)	L'accueil de personnes jeunes atteintes de maladies cognitives sévères ou de public handicapé.....	35
3.2	Faire évoluer le positionnement territorial : propositions stratégiques pour parvenir au positionnement optimal	36
3.2.1	Les stratégies collaboratives : améliorer l'ancrage territorial pour favoriser les parcours	36
A)	Utiliser les compétences des partenaires du secteur pour améliorer les prises en charges : distinguer les cœurs de métiers en conventionnant avec d'autres établissements	36
a)	Dans l'urgence	36
b)	Des domaines de coopérations locales: essayer de développer de nouveaux dispositifs mais les évaluer sans tabou	36
B)	Des possibilités de regroupement : GHT ; GCSMS ; GCS ; direction communes ; fusions...	37
C)	Développer les systèmes de communication et la télémédecine	37
3.2.2	Accroître les niveaux de compétences internes pour favoriser la qualité des accompagnements	37
3.2.3	Deux projets stratégiques pour développer la qualité des accompagnements et la reconnaissance de la Résidence comme acteur incontournable.....	38

A)	Projet n°1, quartier les Colombes : stratégie de spécialisation et amélioration	38
a)	Etat actuel.....	38
b)	Esquisse projet et projection logicielle	39
B)	Projet n°2, stratégie de diversification : utiliser les bâtiments de la ferme ...	40
a)	Vue du projet	40
b)	Plan de masse du projet	41
c)	Exemples de plans intérieurs	41
Option logements adaptés aux personnes autonomes		41
Option service spécialisé		42
3.3	Nouvelle structuration d'organisation interne.....	42
3.3.1	Une nouvelle structuration: de 12 services à 4 pôles : la création d'un corps d'encadrants intermédiaires constitutif de l'équipe d'encadrement	42
3.3.2	Un nouvel organigramme pour des responsabilités clairement identifiées .	43
A)	La nouvelle structuration : aboutissement et modifications statutaires	43
a)	L'ancien organigramme	43
b)	Le nouvel organigramme : organigramme mis en place au 1 ^{er} juin 2017.....	44
B)	Des modifications statutaires ; des fonctions mieux définies.....	44
a)	2 agents verront leur statut modifié :.....	44
b)	Deux définitions importantes.....	44
3.3.3	La nouvelle structuration interne : l'exemple du pôle technique	44
A)	Le pôle technique : regroupement de 4 services sous la responsabilité d'un cadre	45
B)	Organigramme du pôle technique.....	45
C)	L'exemple de la cuisine : soutenir en gestion, diminuer les coûts et maintenir la qualité	45
a)	Réorganiser la cuisine pour améliorer son fonctionnement.....	45
b)	Organigramme du service cuisine - nominatif et références.....	46
	Conclusion	47
	Sources et bibliographie.....	49
	Table des matières	56
	Liste des annexes	I

Liste des annexes

- Annexe 1. Liste, grilles, questionnaires d'entretiens et compte rendus autorisés à la diffusion
- Annexe 2. Synthèse de la démarche stratégique
- Annexe 3. PRS 2012/2017 et projet de PRS ; découpage hospitalier (Bretagne, Terre hospitalière)
- Annexe 4. Diagnostic de territoire (MAIA)
- Annexe 5. Projet Colombes Hirondelles
- Annexe 6. Projet d'utilisation et de restauration des bâtiments de la ferme
- Annexe 7. Organigrammes

Annexe 1. Liste, grilles, questionnaires d'entretiens et compte rendus autorisés à la diffusion

Mme A. MARRON-SIMONET, ancienne DT ARS Lozère (Compte rendu d'entretien)

ENTRETIEN AVEC ANNE MARON-SIMONET : ANCIENNE DELEGUEE TERRITORIALE ARS LOZERE (UNE ENCLAVE) D3S PROMOTION 2016/2017

Jeudi 15 novembre 2016

ELEMENTS DE CONTEXTES

Habitants 75000

Population active 45000

Nombreux emploi publics

Le médico-social est le 1er employeur du département

Elle a participé à la création du schéma gérontologique (2005) : Choix d'un EHPAD/ canton lors d'une recomposition territoriale dont le but était de faire correspondre la capacité des établissements et l'habilitation à l'aide sociale

ELLE ENONCE PLUSIEURS PROBLEMES ET DIFFICULTES

- plusieurs problèmes : reste à charge en hausse (directeur financé / hébergement) mais cela modifie avec la nouvelle réglementation

- plusieurs difficultés : de remplissage ; à offrir des prestations de qualité ; de recrutement, d'usure et d'isolement des directeurs et donc la difficulté d'attractivité des directeurs à cause de la taille des établissements ; de l'isolement ; des difficultés financières qui implique de la part de l'ARS une recherche de stabilisation et sécurisation de la fonction de direction (présence d'un directeur ou d'un personnel de catégorie A - obligation réglementaire -). Pour Anne la qualité est corrélée à la présence d'un directeur

L'Ars s'est ainsi engagée à dans une restructuration / recomposition territoriale de l'offre de sanitaire et médico-sociale pour limiter les dépenses et améliorer la situation. Il existe pour cela plusieurs possibilités, plusieurs schémas selon la problématique décelée.

C'est le cas lorsqu'il s'agit du départ ou de l'usure des directeurs –ce qui induit des difficultés dans les accompagnements et prise en charge(PEC) il est nécessaire de trouver un système d'organisation pérenne : une des possibilités est le redécoupage, la recomposition, la réforme de l'offre : mutualisation ; fusion ; direction communes (quid des autres possibilité ex GCSMS : jusqu'à là, le GCSMS n'avait pas de statut établissement de santé et ils ont été mis à l'œuvre de manière très intéressante dans le secteur du handicap) ; intégration de GHT qui se trouve être (selon elle) une belle opportunité même si elle offre son lot de contraintes (pour les directeurs) car les établissements se trouvent soumis au décision de l'établissement support parfois au mépris et au dépend des contraintes locales (risque d'insuffisance de subsidiarité).

Exemple de choix de recomposition territoriale:

- Direction commune : du CH de Mende sur Le Bleymard, Florac, Vialas (réalisée en 2005, séparée en 2012), Villefort

- A Chanac :

- II -

- o Intérim (dont la durée ne doit pas excéder 3 mois) confié par la DDASS à l'époque du CH de Mende vers Chanac. Attention, les directeurs assumant les intérim ont souvent tendance à « faire à minima » malgré la rémunération qui leur est proposé : 20% en plus de salaire + prime 200€ (à vérifier)
- o Ensuite, l'établissement de Chanac a été évolué de statué et a rejoint la fonction publique territoriale (FPT) ce qui à diminué le coût salarial global et a permis de proposer un poste de directeur mais l'a pas été sans causer de difficultés de qualité eu égard aux compétences des directeurs
- le CH de Langogne, les EHPAD de Luc, d'Auroux et de Pradelles ont été rattachés au centre hospitalier François Tosquelles (hôpital psy départemental) dont le siège se situe à Saint-Alban-sur Limagnole.

ELLE CREE UNE CORRELATIONS ENTRE FONCTION DE DIRECTION ET QUALITE

Selon Anne, la présence d'un directeur sur un site est un déterminant majeur de la qualité des PEC

Une obligation règlementaire : un établissement doit être dirigé par un personnel de catégorie A

Ceci offre plusieurs possibilités : D3S, AAH, DS (directeur des soins), CDS (cadre de santé), CMS (cadre socioéducatif), Infirmier...

COMPTE TENU DU BESOIN ET DU NIVEAU DE COMPETENCE

SELON LA TAILLE :

Si > à 70/80 places : D3S

Si mono-site < à 70/80 places : AAH mais attention. Il faut distinguer les AAH immobiles ayant progressé dans le même établissement de ceux ayant été mobiles et formés à l'école notamment.

Les AAH ayant été immobiles peuvent rencontrer des problèmes de légitimité, de loyauté car avoir des « dettes morales »

SELON LE STATUT DE L'ETABLISSEMENT

CH = D3S

Si multisite = D3S

SELON LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE : LE CAS DES AUTRES FONCTIONS DE CATEGORIE A

LES CADRES

C'est une possibilité mais il faut prêter attention au niveau de la personne et aux particularités des postes

LES INFIRMIERS

Pourquoi pas mais ils sont trop souvent dans le faire et pas assez dans le conceptuel et dans la prise de recul. Leur marge de manœuvre et la confiance qui leur est faites en sont souvent réduites. Leurs pratiques professionnelles ne les poussent pas à prendre des initiatives ce qui est ensuite difficile dans un contexte d'encadrement.

ELLE EN DEDUIT UNE FOURCHETTE DE VIABILITE ET DE QUALITE RELATIVE A LA TAILLE ET LA CONFIGURATION DE L'ETABLISSEMENT ENTRE 100 ET 300 PLACES

UN EHPAD MONOSITE VIABLE A 100 LITS ENVIRONS ; DE QUALITE JUSQU'A 250/300

Une circulaire détermine un minimum de 60 lits mais les contraintes récentes de qualité et de système d'information rajoute des charges et donc la recherche d'économie d'échelle par accroissement des structures

Elle établit une fourchette de qualité haute 250/300 lits mais tout dépend des lieux.

SI ENTITE MUTUALISEE : DES GAINS ECONOMIQUES MAIS DES QUESTIONS DE QUALITE

Si l'EHPAD est multisite, (elle l'a dit ce matin - concernant Mme ROUTELOUS Christelle, enseignante EHESP-) , l'encadrement de proximité revêt toute son importance mais la taille critique se situera plutôt, à mon sens, à 200 lits.

Attention, la mobilité est une contrainte porteuse d'usure par charge mentale et physique dans le temps qui peut conduire à une instabilité importante occasionnant des mobilités fréquentes dans les directions d'où une recherche de stabilisation des directeurs. (Exemple de Langogne)

Dans certain cas (exemple des coins reculés de la Lozère) les résistances au changement sont nombreuses.

ELLE ENVISAGE DES DELOCALISATIONS ET DES CENTRALISATIONS PAR LA CONSTRUCTION EVENTUELLE D'UNE NOUVELLE STRUCTURE : UN DYNAMIQUE DE LONG TERME QUI NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LES MENTALITES

Dans le cas particulier de la Lozère mais également dans les configurations territoriales similaires, pour le cas ou les reconfigurations ne pourraient stabiliser les directions et par conséquences fragiliser la qualité des prises en charges, il est nécessaire de faire comprendre la vulnérabilité des petites structures.

Dans certain territoires, les populations vivent selon un schéma illusoire : une illusion de pérennité des équipements, que seule une catastrophe pourrait stopper. Toutefois, une fermeture sèche paraît inenvisageable. Aussi pour le cas de structures trop petites incapables d'assurer qualité et viabilité il peut –être nécessaire d'envisager des centralisations appuyées par de nouveaux projets architecturaux. Certain Conseil Généraux, c'est le cas de celui de Lozère, ont pu historiquement subventionner fortement ces constructions à hauteur de 40% du coût de la restructuration.

M. A. MOURIER, responsable filière DH, EHESP

Mme C. MAINPIN, DGOS

Mme E. LAROCHELAMBERT, Secrétaire générale de l'EHESP

M. F. LEDEUN, responsable filière DESSMS, EHESP

G. GUIHEUX, Ancien Directeur de l'IPAG de RENNES, Maître de conférences en Droit public (Questionnaire problématisé)

Problématique

J'aimerais votre analyse, dans le cadre de mon mémoire « Quelle gouvernance pour les EHPAD demain? ». Je vous soumetts la mienne que je vous demanderais de critiquer soit par courriel, soit préférentiellement au terme d'un entretien.

Au terme de la constitution, l'organisation de la France est « décentralisée ». Pour autant la décentralisation organisée en 2016 est très différente de celle voulue en 1982. En 1982, la décentralisation était organisée sur les départements et communes. Elle consistait à donner du pouvoir aux territoires selon le principe de subsidiarité.

Désormais, elle est organisée sur les régions et métropoles, ce qui en change le niveau. Ce que d'aucuns qualifient de « métropolisation de la France » ; ce à quoi je rajoute le terme « régionalisation ».

Selon moi, la fonction publique hospitalière va à l'instar des 2 autres fonctions publiques connaître le même phénomène. Elle va se régionaliser et se métropoliser, via les ARS (niveau régional) qui s'adresseront directement aux GHT (niveau métropolitain via les CHU). Dans un second temps, sur le même modèle que l'intercommunalité, la taille des GHT sera contrainte de s'accroître, ce qui en diminuera le nombre. Par ailleurs, si pour l'heure, l'adhésion des établissements médico-sociaux y est libre, la prochaine étape se voudra contraignante.

Réponse

Votre problématique est tout à fait pertinente.

M. J.R. LEDOYEN, EHESP

M. L. CHAPON, Maire de Marcillé-Robert

Mme L. GARO, HAS (Questionnaire)

Questionnaire à Laurence GARO, directrice en charge de la Qualité à l'HAS

Ancienne responsable de la filière DH

Merci d'accepter de me recevoir. Serait-il possible d'enregistrer l'entretien pour pouvoir ensuite le réécouter si besoin. Tous les éléments évoqués peuvent rester confidentiel à votre demande.

Connaissez-vous un responsable de l'ANESM qui accepterait de me recevoir ?

Mon mémoire va consister à faire une analyse stratégique (interne/externe) de la Résidence de l'ETANG (établissement dans laquelle je suis en stage) ; pour ensuite proposer des choix de gouvernance et de coopération (volet externe) d'une part et des choix en organisation, structure et management (volet interne) d'autre part; enfin expliquer comment, dans un délai de court, moyen terme ou long terme (5ans), il est envisageable de mettre en place ces propositions dans un but d'amélioration de la qualité.

1 Qualité : quels sont, selon vous, les différents pans de la qualité ?

1.1 Qualité externe

Qualité du système de santé

Qualité des parcours de santé

1.2 Qualité interne

Qualité des accompagnements

QVT

Qualité en gestion

2 Distinction et/ou caractéristique commune au secteur sanitaire et EHPAD

2.1 Les compétences des professionnels

- médicaux
- soignants
- techniques
- Administratifs
- Directeurs

2.2 Selon vous, les cœurs de métier entre sanitaire et EHPAD sont-ils différents ?

Concernant les établissements ?

Concernant les modes de direction et d'administration : DH v/s D3S ?

Concernant les prises en charges ?

2.3 Qualité entre secteur sanitaire et EHPAD : existe-t-il des différences notoires ?

2.3.1 La qualité se mesure-t-elle de la même manière entre sanitaire et EHPAD

2.3.2 Existe-t-il des éléments probants un niveau de qualité différent entre sanitaire et EHPAD

2.3.3 Le statut juridique des EHPAD est-il un déterminant de qualité

- EHPAD autonomes
- EHPAD inclus dans un GHT
- EHPAD en direction commune
- EHPAD intégré

3 En EHPAD : Certaines occurrences sont-elles déterminantes en qualité ?

3.1 Le statut des établissements

3.2 Certains modes de gouvernance et coopération se traduisent-ils par une hausse de la qualité

GCS ou GCSMS

GHT

Direction communes

Autonome

3.3 La taille des établissements

3.4 La configuration « physique » des établissements

3.5 L'organisation interne des établissements : la structure managériale

- Entrepreneuriale
- Fonctionnelle
- Hiérarchique
- Matricielle

....

3.6 La formation ou le statut du directeur

- VI -

< Vincent BLANC > - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

Mme L. LACOUR, responsable filière AAH, EHESP (compte rendu d'entretien)

Entretien Lydia LACOUR du 12/01/2017 à 9h

Réponse de Lydia Lacour

Le corps des AAH a été créé en 2001. Il assure la transformation du corps de Chefs de bureau : « un corps vieillissant »

L'accès au corps

Un corps qui se rajeunit mais pour lequel il n'existe pas de statistiques. Il se constitue de 3600 agents :

2800 à 2900	Titulaires	700 à 900	Contractuels
-------------	------------	-----------	--------------

	Formation initiale			Formation adaptation à l'emploi	
	Concours			Concours réservés	Nomination au choix
	Places au concours	Personnes entrant en formation	Postes sortant de formation	Formation de 12 semaines réparties sur une année : elle transforme les personnels pour les adapter à leurs futures fonctions	
2016		63 personnes	57	65 personnes	88 personnes
2017	95	65		65	95
2018	100				

En 2016, 114 postes étaient proposés aux élèves en fin de formation. 57 ont été pourvus.

Introduction

Madame,

Je débiterai par les mots de la secrétaire générale de l'EHESP : « Les regroupements sont inéluctables car la gestion des directions pour assurer la continuité des services publics est insatisfaisante. La preuve : les nombreuses vacances de postes »

Est-ce juste selon vous ?

1.1 Si oui : Quels types de regroupement ?

Je vous propose une liste que je vous laisse le soin de commenter et amender :

- Direction commune
- Fusions :

- o les résistances des élus locaux
- o perte de pouvoir
- Intérim de direction
- GCS
- GCSMS
- GHT
- Autres ??? (à voir)

1.2 Quel est le rôle des GHT ?

Je vous propose ci-après plusieurs hypothèses niveau « macro » puis « micro » que je vous laisse, s'il vous plaît, le soin de critiquer :

1.3 Hypothèses « macro »-

Hypothèse 1

Au terme de la constitution, l'organisation de la France est « décentralisée ». Pour autant la décentralisation organisée en 2016 est très différente de celle voulue en 1982. En 1982, la décentralisation était organisée sur les départements et communes. Elle consistait à donner du pouvoir aux territoires selon le principe de subsidiarité.

Désormais, elle est organisée sur les régions et métropoles, ce qui en change le niveau. Ce que d'aucuns qualifient de « métropolisation et de régionalisation de la France ».

Selon moi, la fonction publique hospitalière va à l'instar des 2 autres fonctions publiques connaître le même phénomène. Elle va se régionaliser et se « métropoliser » (ou plutôt s'ARS-iser), via les ARS (niveau régional) qui s'adresseront directement aux GHT (niveau CHU ou métropole). Après la première étape de constitution des GHT, la dimension de ceux-ci devrait s'accroître (sur le même modèle que l'intercommunalité) par obligation de faire partie d'une GHT comprenant un CHU. Ceci en diminuera le nombre. A terme l'organisation des 3 fonctions publiques sera quasi identique : Niveau national ; niveau régional ; niveau GHT ou métropolitain, c'est-à-dire dans 32 villes de niveau régional en France.

Hypothèse 2

Si pour l'heure, l'adhésion des établissements médico-sociaux y est libre, la prochaine étape se pourrait être contraignante.

Hypothèse 3

Il existe d'autres alternatives notamment :

- en termes de filières : Sanitaire ; Santé mentale ; Grand âge ; handicap (?) ; (par exemple) l'ensemble recomposé au niveau ARS, donc au niveau régional : un chef de file ou une autorité qui assure la cohérence au niveau régional (à l'aune de la fonction publique territoriale et d'état).
- La création de groupement médico-sociaux de territoire (similaire au GHT)
- Le développement des GCSMS qui, comme avantage possèdent la personnalité juridique : des structures préfiguratrices de fusions

Dès lors voici plusieurs questions

1.3.1.1 Quelles orientations envisage le ministère ?

1.3.1.1.1 Les GHT ont-ils pour but de grouper sanitaire et médico-social ? le social ?

Les GHT à ce jour concernent principalement le sanitaire Public.

- Quid du privé ?
- Le médico-social – fonction publique devra-t-il intégrer les GHT ?
- Seulement les EHPAD
- Quid du social

Ce sont des décisions nationales qui impactera les niveaux territoriaux et les établissements

Peut-on envisager un système parallèle au GHT?

- Groupement médico-social de territoire (GMST) ?
- GCSMS ? sachant que ceci offre l'avantage d'une personnalité juridique.
- Autre ?

1.3.1.1.2 Quelles conséquences sur les établissements ?

Les directions

Quelles évolutions des corps de direction

Avez-vous des éléments de la démographie des directeurs

1.3.1.1.3 Les GHT sont-ils un mode de pré-fusion ? (je ne le crois pas mais cela n'exclut pas de leur attribuer la personnalité juridique)

1.3.1.1.4 Va-t-on vers la personnalisation juridique des GHT au moins pour la gestion des fonctions mutualisées?

Cela traduira un mouvement de décentralisation inversé et/ou de recomposition à un échelon supérieur ?

A terme, une personnalisation juridique des GHT pour les fonctions mutualisées ?

1.3.1.1.5 Va-t-on vers une disparition des GHT sans CHRU ? (A terme autant de GHT que de CHRU)

A l'heure actuelle il existe 2 types de GHT :

- GHT avec CHRU (exemple secteur 5 Bretagne ; Millau...) :
 - o Se traduit par des directions communes.
 - o Y a-t-il un intérêt à pousser jusqu'à des fusions ?
- GHT adossé à un CHRU (exemple GHT d'ARMOR) : une solution sans avenir ?
 - o A l'aune des EPCI, une future injonction d'intégrer des GHT avec CHU ?

1.3.1.1.6 Peut-on envisager un découpage filières ? ex : Sanitaire, Santé mentale, Grand âge, handicap...

1.3.1.1.7 Si oui, gouvernées à quel niveau ?

J'ai découpé en 3 niveaux pour les besoins de l'analyse (je vous laisse le soin d'adapter à votre vision

National

Régional

Territoire de santé (CHU concernant le sanitaire)

Au niveau « micro »

1.3.1.1.8 Des pistes finales ? (à développer)

- Un mode de gouvernance sanitaire : fonctionnel et hiérarchique
 - o ARS
 - GHT
 - Etablissements
- Un mode de gouvernance médico-social : matriciel et collaboratif
 - o ARS
 - GMST ou GCSMS

http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2009/05_mai_2009/Le_GCSMS.pdf

- établissements

1.4 Hypothèse « micro » : Question de départ :

- Dans un contexte de multiplication des collaborations et des regroupements des établissements sanitaire et médico-sociaux grâce à différents outils (GHT, direction commune, fusion, intérim de direction, GCS, GCSMS, ...) et ceux dans une dynamique de parcours, on peut s'interroger de :
Quelle gouvernance pour les EHPAD (FPH ?) demain (?) pour une réponse optimale aux besoins de prises en charge ?

Quel peut être le rôle des attachés ?

Parfois en position de

Faible attractivité du corps

Actuellement existe-t-il des tendances dans l'évolution de leur profession ?

Avez-vous des éléments démographiques concernant le corps de AAH ?

Avez-vous un référentiel métier ?

Resp adm

Resp garde

Association d'AAH

Pas de recensement récent

Rajeunissement

En 2012 45 places et 45 élèves faible augmentation du nombre d'élèves

Nombreux postes : 114 postes 2016 pour 57 élèves

- 95 places en 2017 mais seulement 57 élèves
- 95 en 2017 mais 65 élèves au début
- 2018 prévisions 100 places

1.5 Je vous soumetts plusieurs hypothèse de base concernant le management (à vérifier)

1.5.1.1 Hypothèse 1 : les modes de gouvernance et management sont différents entre sanitaire et médico-social

L'organisation du sanitaire est fonctionnelle et hiérarchique (filiale ?)

L'organisation du médico-social est matricielle (organisation fonctionnelle + divisionnelle) et plus collaborative et conventionnelles (parcours ?)

1.5.1.2 Hypothèse 2 : l'absence de cadre de direction au plus près des centres d'accompagnement a un impact sur la qualité

- Cela induit-il un impact néfaste sur les équipes : diminution de la reconnaissance (effet Hawthorne), de la QVT, puis de la motivation ?
- Cet impact néfaste se répercute-t-il sur les accompagnements ?
- Le management est-il le moteur de l'investissement des équipes ?

1.5.1.3 Hypothèse 3 : l'autonomie et l'isolement des EHPAD est-elle un problème ?

- Elle ne permet pas l'accès aux compétences nécessaires.
- Permet-elle la gestion efficiente d'une structure de petite dimension ?

2 Avez-vous des remarques ou des commentaires ?

Mme L. RONGERE, ARS

Mme P. JUET, FHF

M. P. Marin, enseignant, EHESP

Mme Y. Van Herzele, CNG

Tableau de synthèse de la démarche stratégique proposée à la Résidence de l'Etang

Etapas des démarches	Démarche dans les organisations marchandes	Démarche stratégique dans les organisations non marchandes	Démarche stratégique suivi à la Résidence de l'Etang : une organisation mixte		
1	Définition des DAS	Diagnostic externe: identifier les besoins	1 Diagnostic stratégique	A) Analyse externe : l'environnement	Identifier les besoins à 3 niveaux : Macro ; Meso ; Micro selon les 5 forces de Porter + Etat ?priorisation ?
2	Analyse SWOT / DAS	Diagnostic interne: quelles ressources à notre disposition : humaines, financières, matérielles, naturelles, pour définir des projets et mettre en valeurs nos ressources			Analyse SWOT des DAS existants et de l'ensemble des activités et fonctions de l'entreprise dans son macro-environnement : les métiers
3	Analyse SWOT de l'ensemble des activités et fonction de l'entreprise dans son macro-	Choix d'une politique : après vote si besoin		B) Analyse interne : la Résidence	Des différentes ressources et du mode de management (analyse de l'organigramme)

	environnement				
4	Définition stratégie générale (corporate)	Application de la politique / décision et plans respectueux des enveloppes budgétaires	2 Proposition et plan d'action stratégique	A) Proposition en stratégie générale (corporate)	Après information des décideurs si besoin
5	Définition stratégie / DAS (Business)	Mise en œuvre des plans		B) Proposition en Organisation interne	Un rôle propre du directeur (DESSMS)
6	Déclinaison des stratégies en plans opérationnels	Evaluation des plans	3 Plan d'action et mise en œuvre	A) Choix et/ou perspectives d'une politique générale	Après vote si besoin Définition stratégie générale (corporate)
7	Mise en œuvre des plans			B) Choix et/ou perspectives en organisation interne	Déjà en cours de modifications
8	Evaluation des plans		4		Mise en œuvre des plans
			5		Evaluation des plans

Synthèse issue du manuel : Management - DCG, épreuve 7 fiche 21 page 50 et 51

<https://www.lgdj.fr/management-dcg-epreuve-7-9782011403599.html>

3e édition Bruno Bonnefous, Yves Le Goadec, Pierre Lecocq Editeur : Hachette Supérieur Collection : Objectif DCG - Diplôme de Comptabilité et de Gestion

ISBN : 978-2-01-140359-9 270 pages - Parution : 01/2014

Les 3 parties de la démarche incluses au mémoire : socle de la démarche stratégique suivi à la Résidence de l'Étang et du futur projet d'établissement

1 Diagnostic stratégique	A) Diagnostic externe	Identifier les besoins à 3 niveaux ⁷¹ : Macro ; Meso ; Micro selon les 5 forces de Porter + Etat ?priorisation ?
	B) Diagnostic interne	Des différentes ressources et du mode de management (analyse de l'organigramme)
2 Proposition et plan d'action stratégique	A) Proposition en stratégie générale (corporate)	Après information des décideurs si besoin
	B) Proposition en Organisation interne	Un rôle propre du directeur (DESSMS)
3 Plan d'action et mise en oeuvre	A) Choix et/ou perspectives d'une politique générale	Après vote des décideurs si besoin : définition stratégie générale (corporate)
	B) Choix et/ou perspectives en organisation interne	Déjà en cours de modifications : l'organisation, rôle propre du DESSMS
4	En principe, ces étapes ne font pas partie du mémoire ou seulement en partie	Mise en œuvre des plans
5		Evaluation des plans

Tableau des parties de la démarche incluses au mémoire

⁷¹ La boîte à outils de la stratégie

<http://livre.fnac.com/a10252266/Bertrand-Giboin-La-boite-a-outils-de-la-strategie>

56 outils & méthodes, 2ème édition Bertrand Giboin (Auteur) Paru le 28 novembre 2016 Manuel (broché) Date de parution 28/11/2016 Editeur Dunod

Collection Bao La Boite A Outils * F Nombre de pages 192

- XIV -

< Vincent BLANC > - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2017>

La démarche stratégique d'une organisation selon A. BARTOLI et C. BLATRIX⁷²

Management dans les organisations publiques

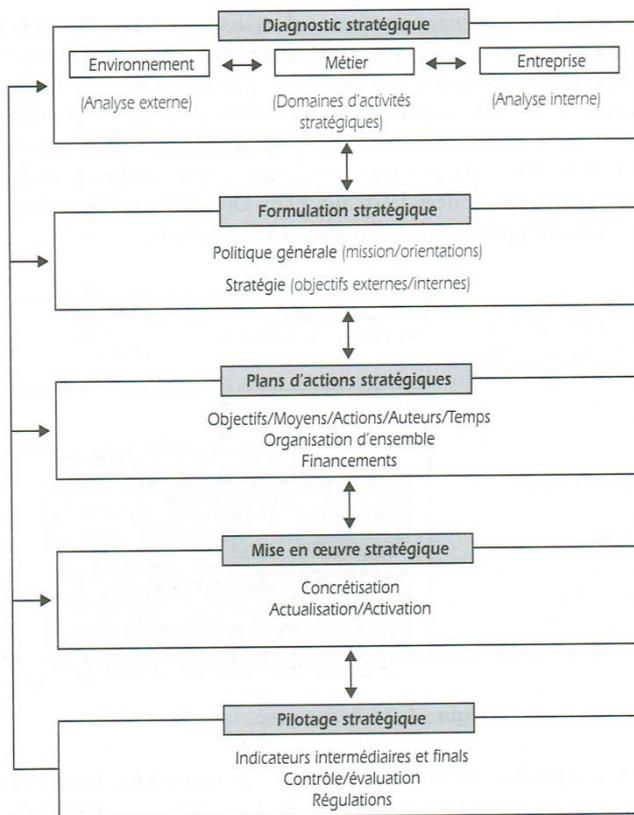


Figure 6.1 – La démarche stratégique d'une organisation

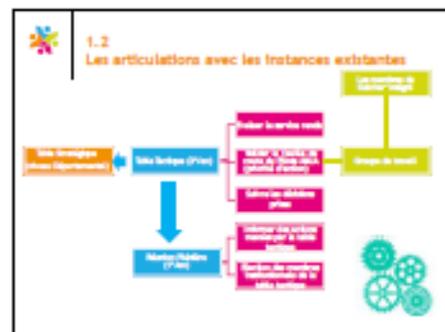
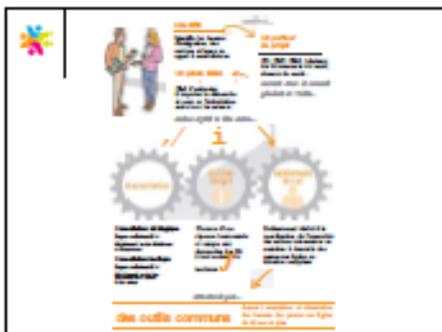
Annexe 3. PRS 2012/2017 et projet de PRS ; découpage hospitalier (Bretagne, Terre hospitalière)

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/prs-2012-2017-1>

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-bretagne>

<https://www.decitre.fr/livres/bretagne-terre-hospitaliere-9782953538410.html>

⁷² Management dans les organisations publiques - 4e édition: Défis et logiques ...Par Annie Bartoli,Cécile Blatrix
<https://www.dunod.com/entreprise-economie/management-dans-organisations-publiques>





Proposition d'axe de travail

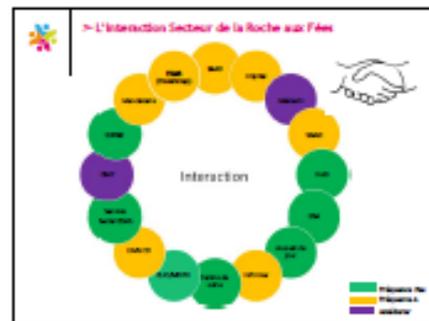
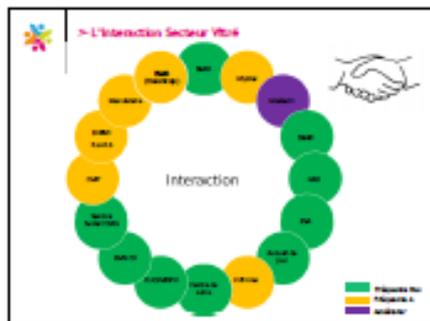
> Inter-matronic

Objectifs :

- Développer un support de rencontres de l'offre à destination des professionnels ;
- Formaliser le cadre d'intervention de chacun ;
- Développer des temps de rencontres.

Plates d'actions possibles :

- Annuaire ;
- Répertoire d'activités ;
- Journée interprofessionnelle ;
- Portes ouvertes ;
- Présentation lors de Séminaires du Cabinet intégré...



Proposition d'axe de travail

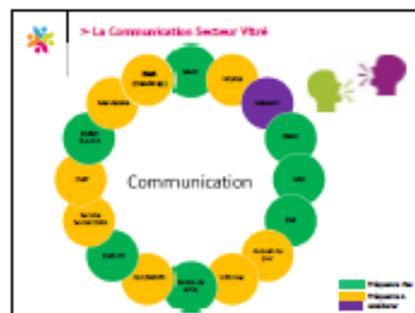
> Inter-actio

Objectifs :

- Impulser et développer la coopération des acteurs ;
- Développer des pratiques communes ;
- Développer une coopération avec les professionnels (bureaux en appui ou en Vite demandé) ;
- Développement du sanitaire et du social.

Plates d'actions possibles :

- Remobilisation de l'articulation à domicile (SAD, SSIAD, Hébergement, Adhésifs, IDE, accueil de jour...)
- Aller en place de concertation d'adhésion commune ;
- Aller en place de réunion santé d'hôpital (La Guernie, Juvé) ;
- Diffusion autour de la ville en place d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en lieu 46306.



Proposition d'axe de travail

> Communication

Objectifs :

- Communiquer sur le nouveau cadre de partage de l'information ;
- Définir aux impacts de ce nouveau cadre sur les pratiques communes actuelles (Coordination Technique, Tableau de coordination, mails...)
- Formaliser le cadre de partage de l'information ;
- Développer des nouveaux outils de communication.

Plates d'actions possibles :

- Journée interprofessionnelle sur le cadre de partage de l'information ;
- Newsletter ;
- Annuaire actualisé ;
- Plateforme de partage actualisée ;
- ...

3.2 Les Besoins d'offre et de service

Indicateur	Unité	Année	Objectif
3.2.1 Spécifier pour les personnes en situation de handicap :			
Besoins spécifiques d'amélioration de l'habitat :			
Accès au logement			
3.2.2 Spécifier pour l'habitat et autres :			
Parcours (accès - flux) annuel de jour			
Mobilisation d'urgence			
Accès de nuit			
Mobilisation de nuit			
Information sur les droits (S.M.A.S.)			
Collecter des points de contact au sein des sites			
Mettre à jour l'information sur les maladies (Maladies, Pathologies, etc.)			
Mettre à jour l'information d'appui			
Mettre à jour l'information de référence sur le service de référence (accès au service administratif)			

3.2 Les Besoins d'offre et de service

Indicateur	Unité	Année	Objectif
3.2.1 Spécifier pour les personnes âgées :			
Mobiliser des ressources pour les personnes :			
Accès - mobilisation de ressources			
Accès au logement			
Accès de nuit			
Accès de jour (accès de la nuit)			
Mobilisation temporaire (accès de nuit)			
Accès de jour (accès sans mobilisation)			
Accès de nuit - Paj			
Accès de nuit (accès sans mobilisation)			
Mettre à jour l'information			

Et maintenant...

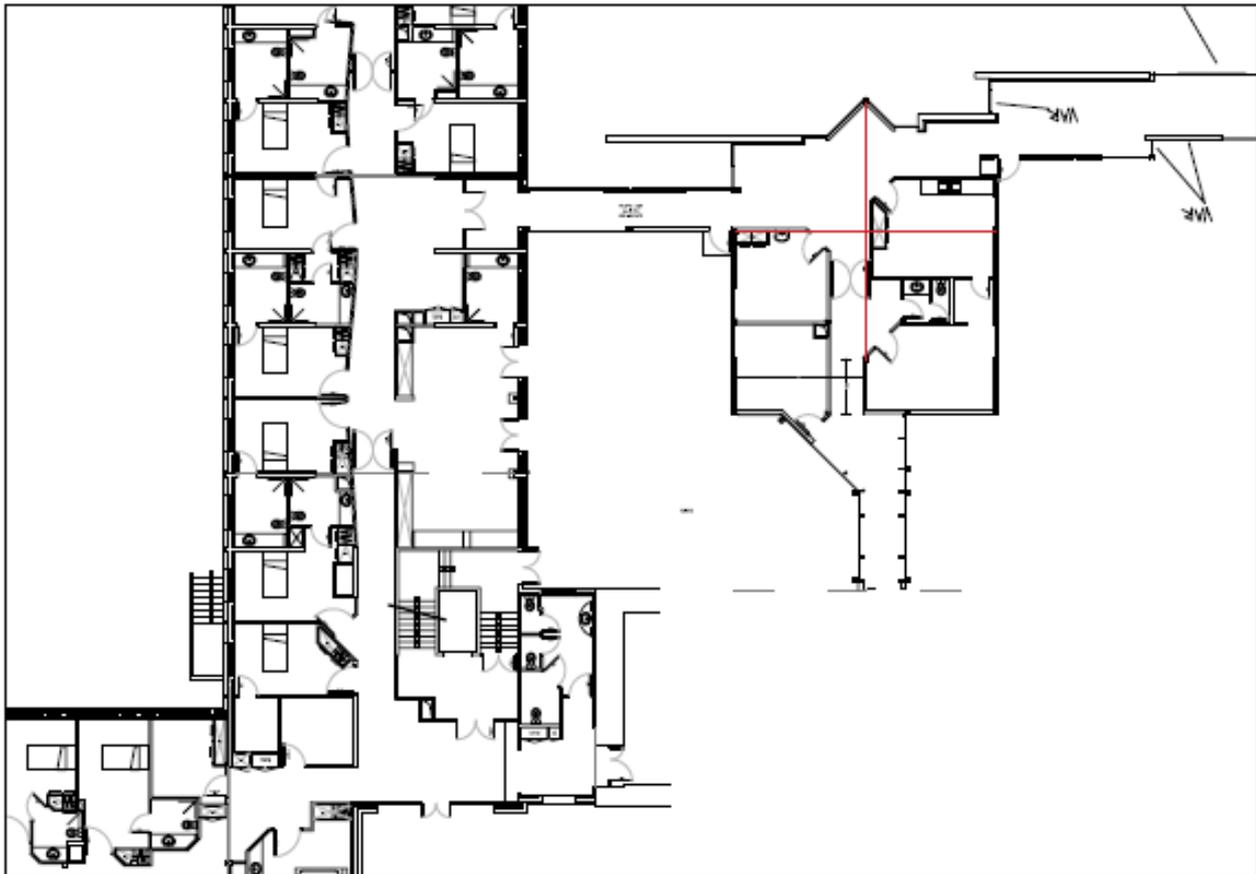
- Finalisation du rapport de diagnostic et proposition de la réorganisation organisationnelle (voir les sites)
- Edition d'une newsletter qui sera la synthèse de vos échanges
- Proposition préliminaire d'axe stratégique et ordre du jour (AOJ)



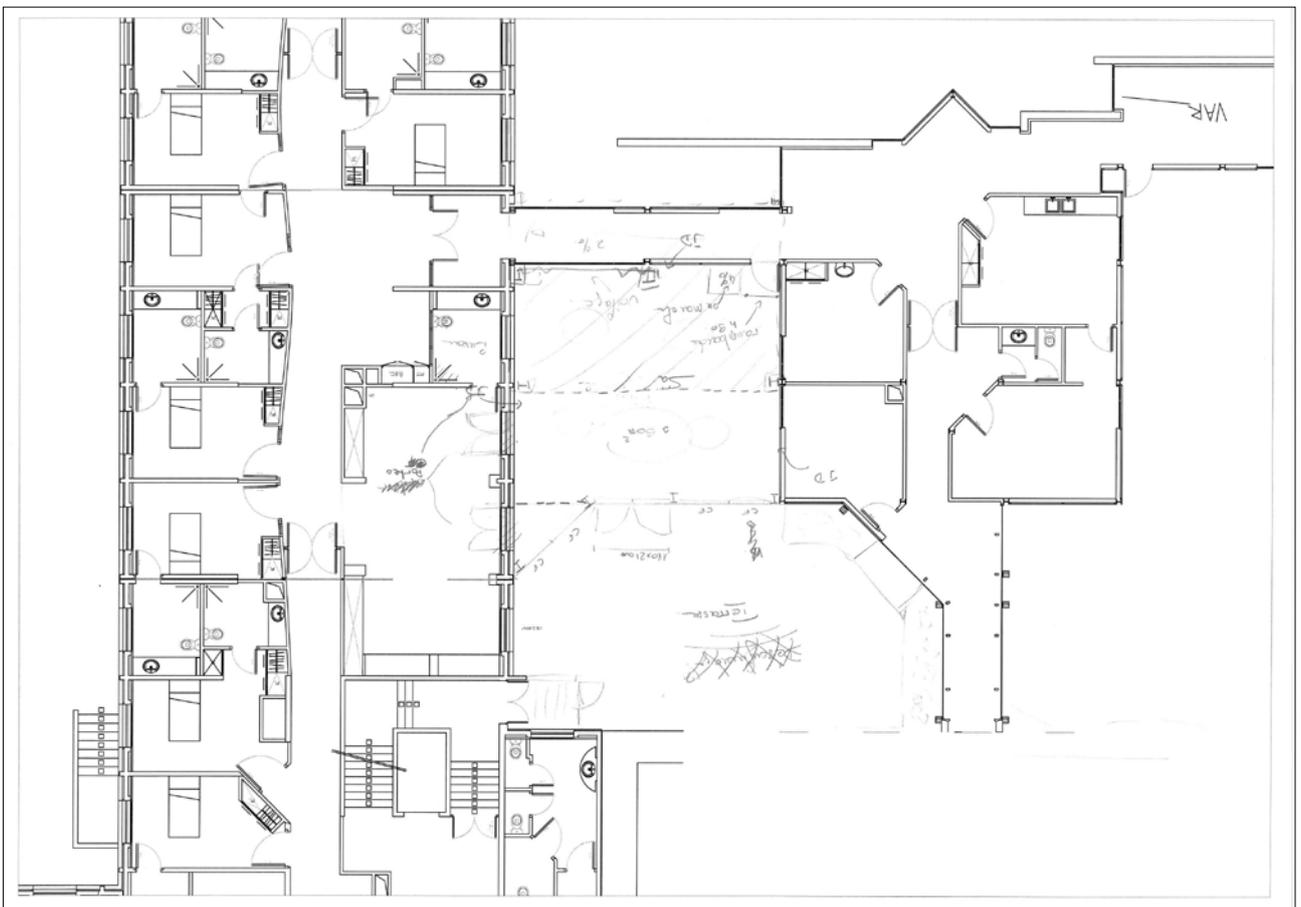

Annexe 5. Plan projet Colombes Hirondelles

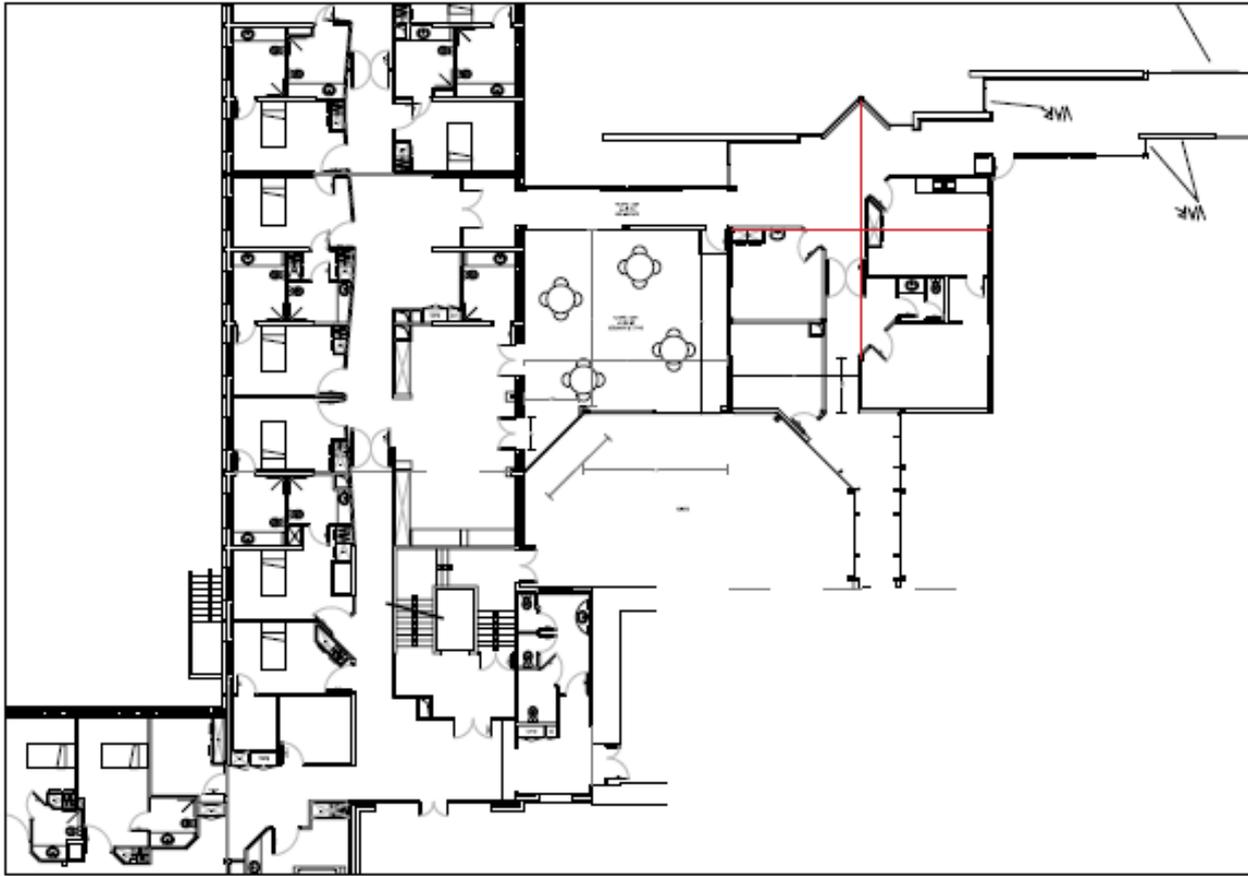
- Etat des lieux





- Projet

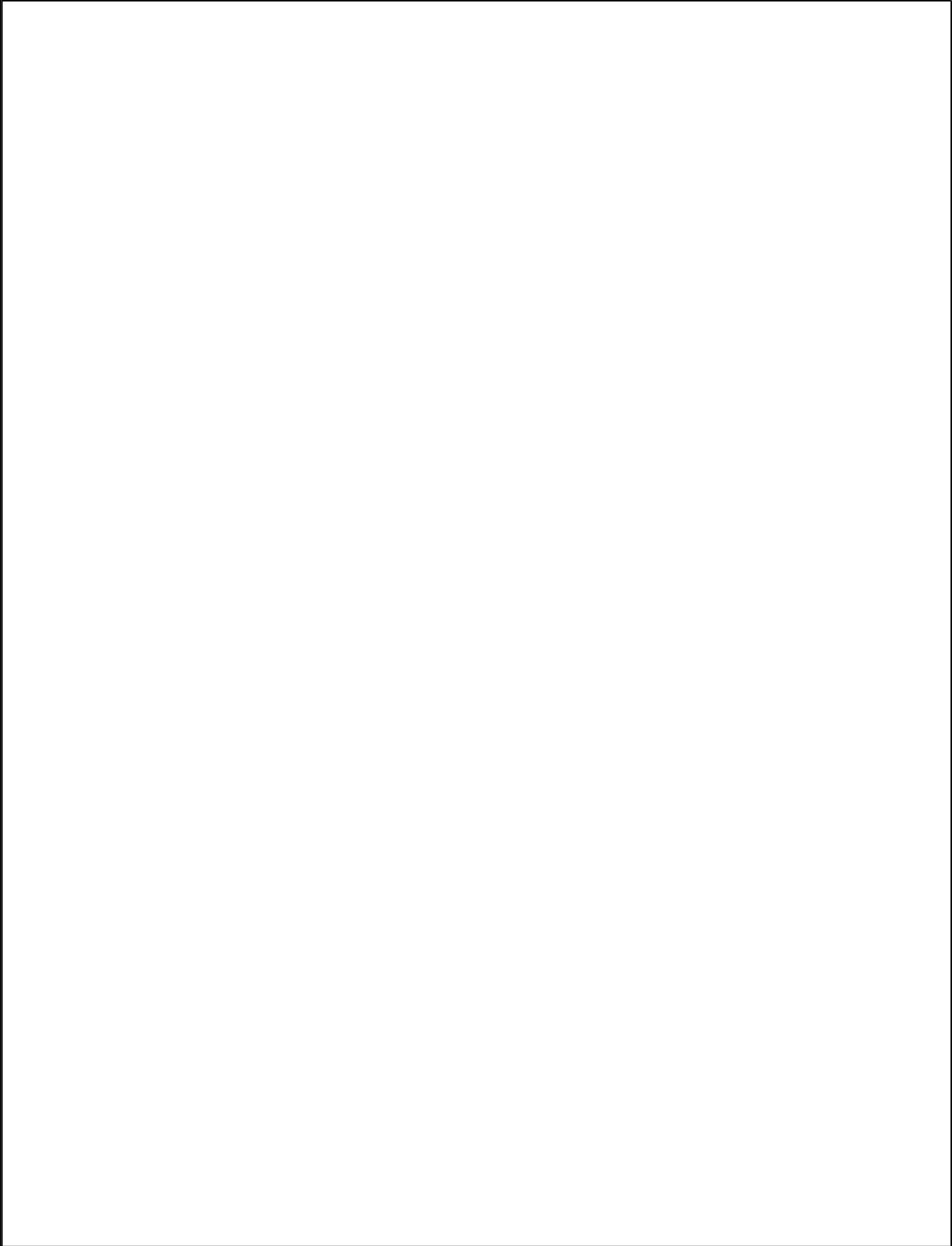






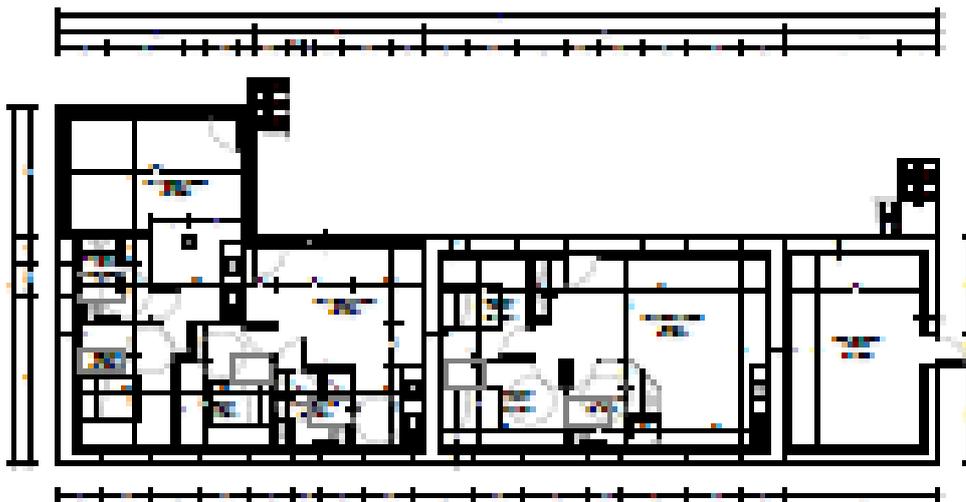


Annexe 6. Plan projet d'utilisation et de restauration des bâtiments de la ferme

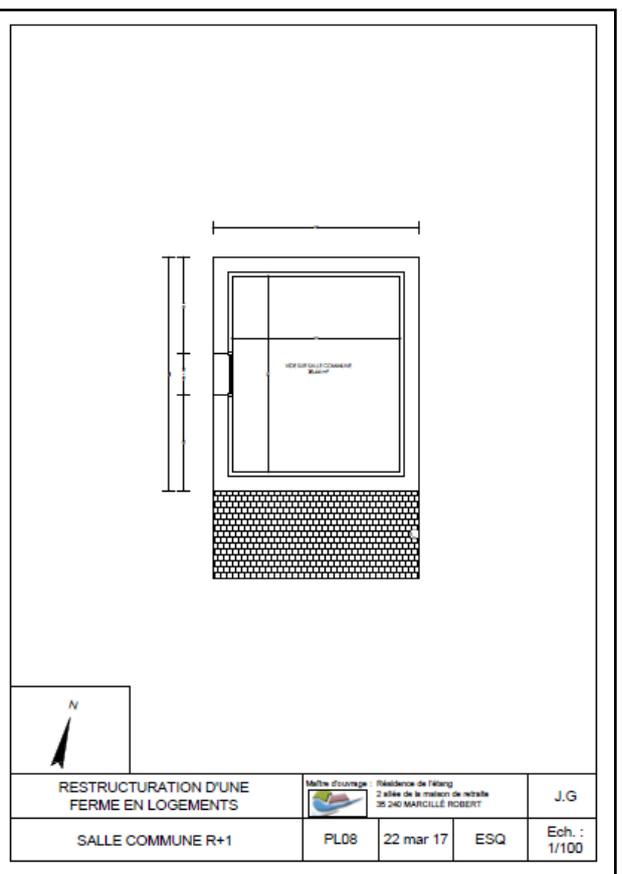
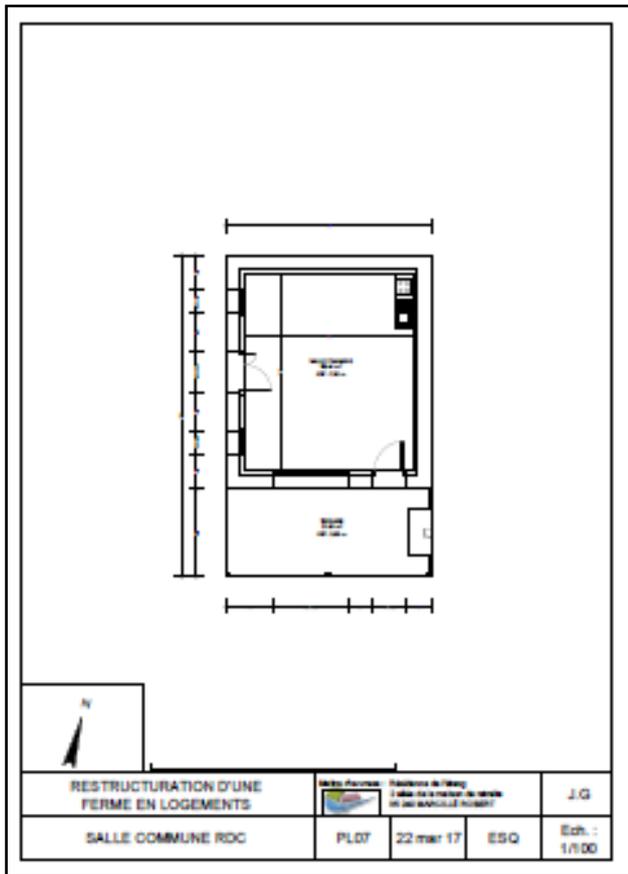
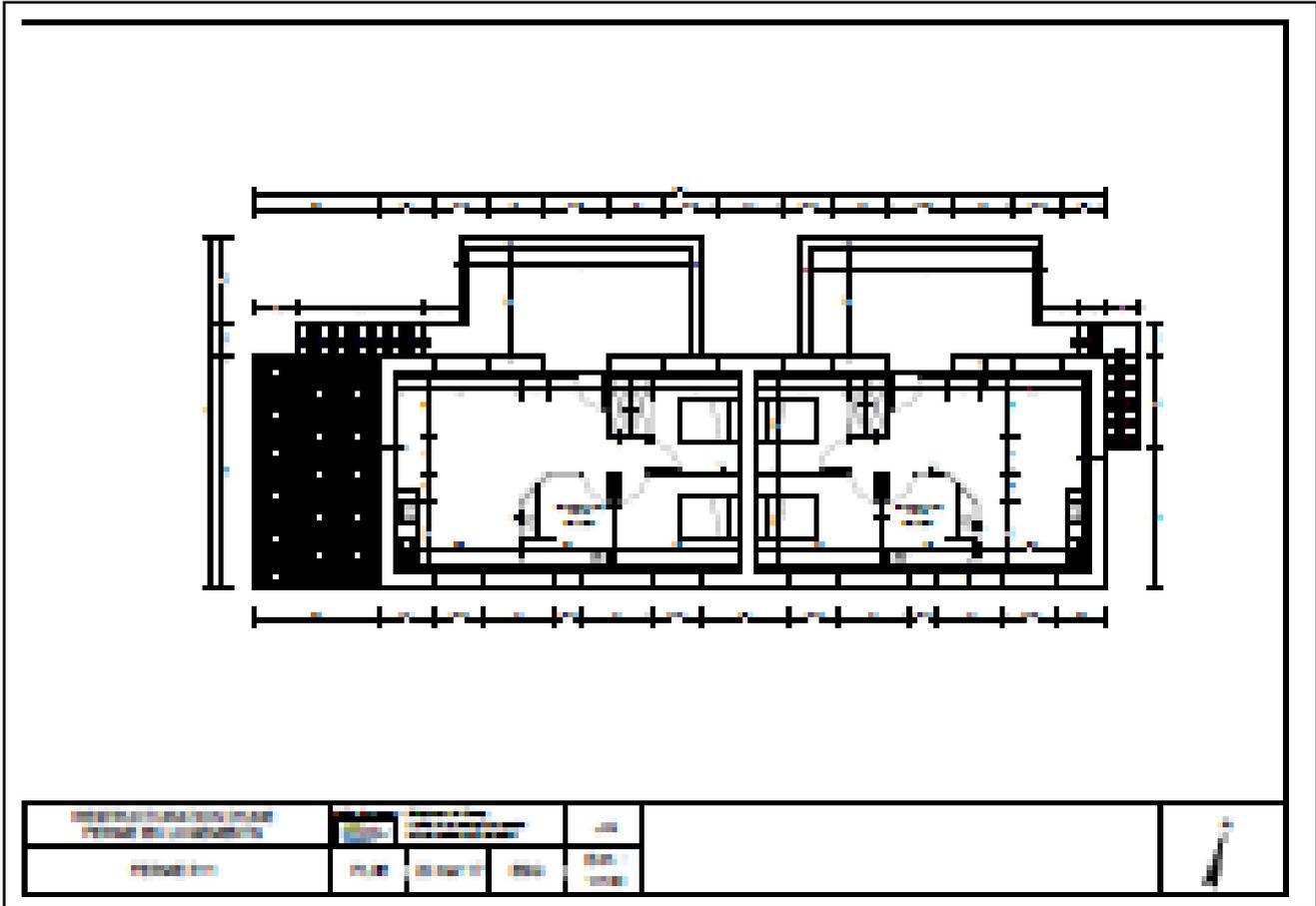


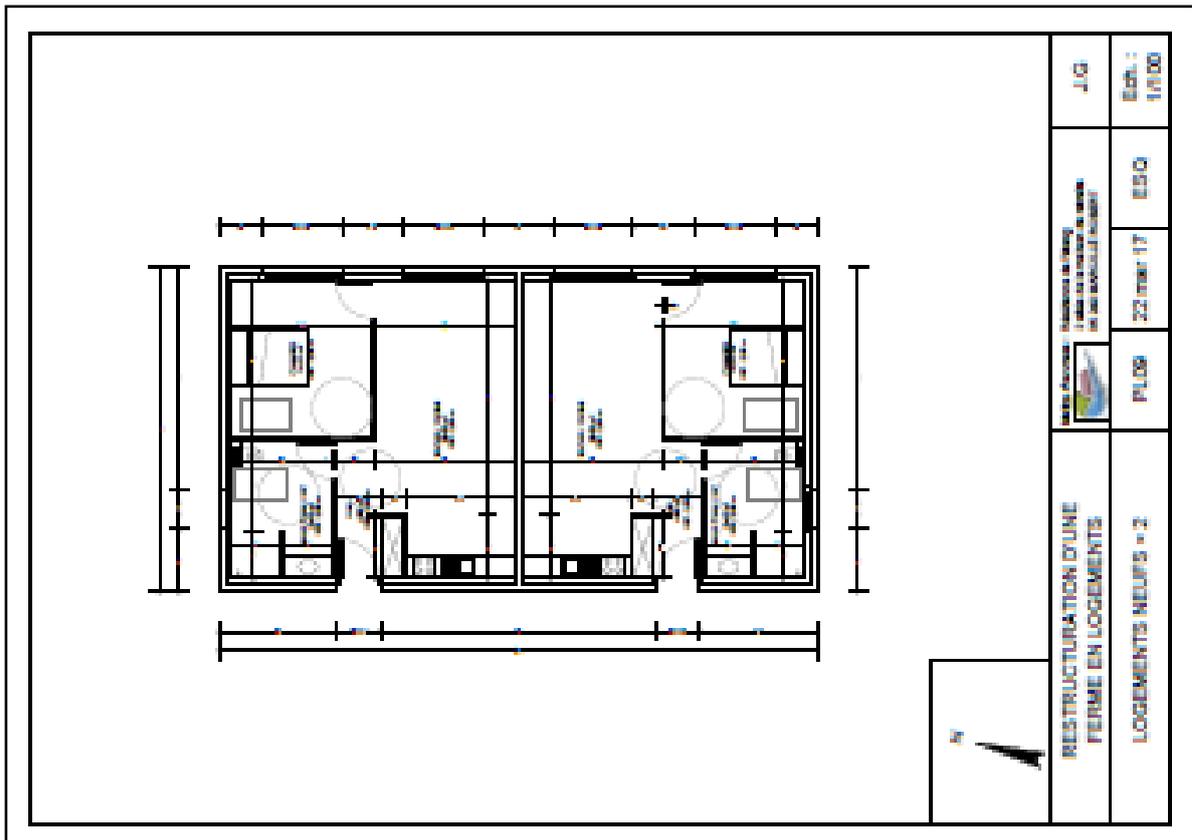


RESTRUCTURATION D'UNE FERME EN LOGEMENTS		Travaux de réhabilitation de la ferme de la Vallée de la Chapelle 36 200 MAROLLES SUR LOIRE	J.G	N
PLAN DE SITUATION	PL01	22 mar 17	ESQ Ech : 1/1000	

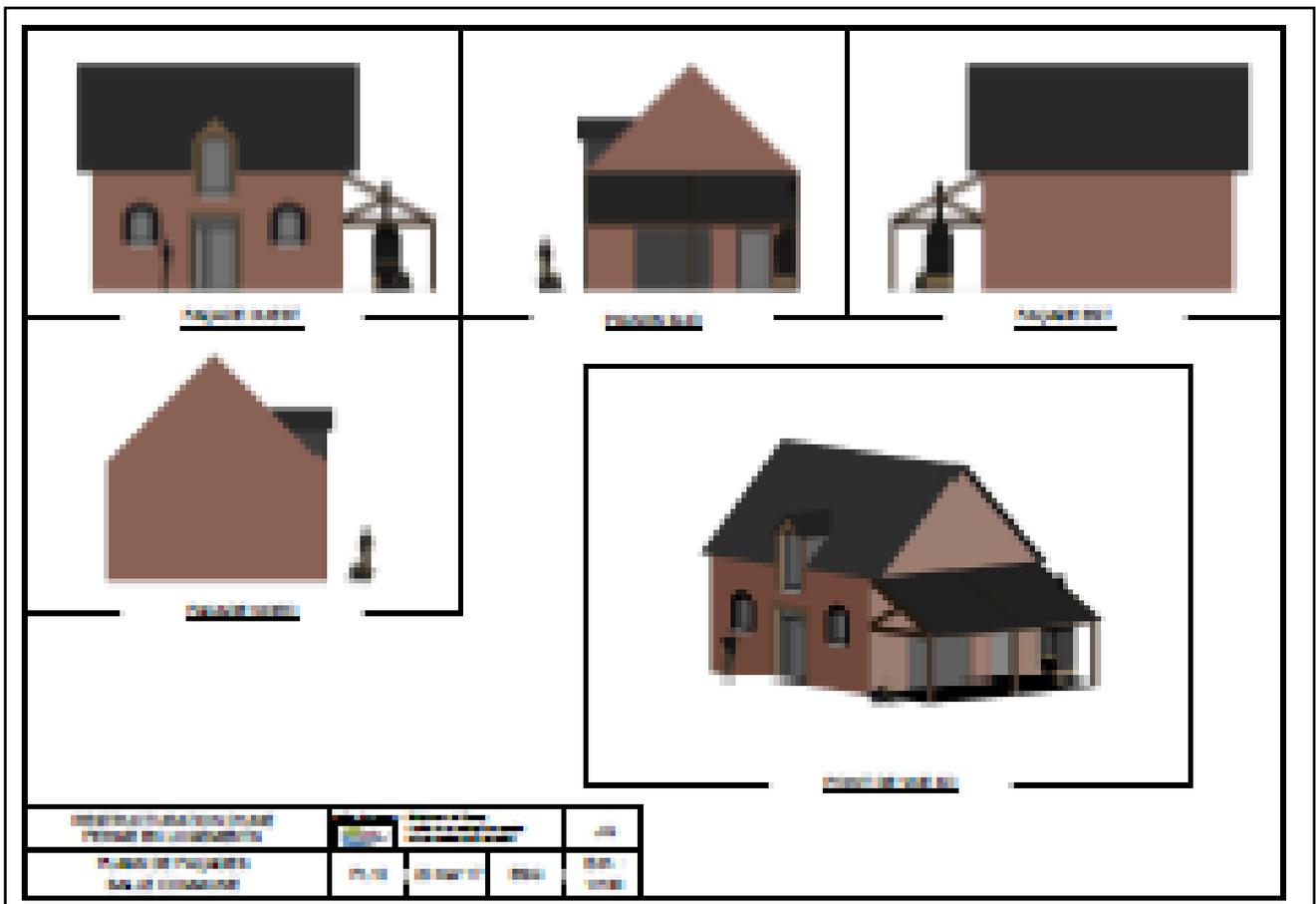
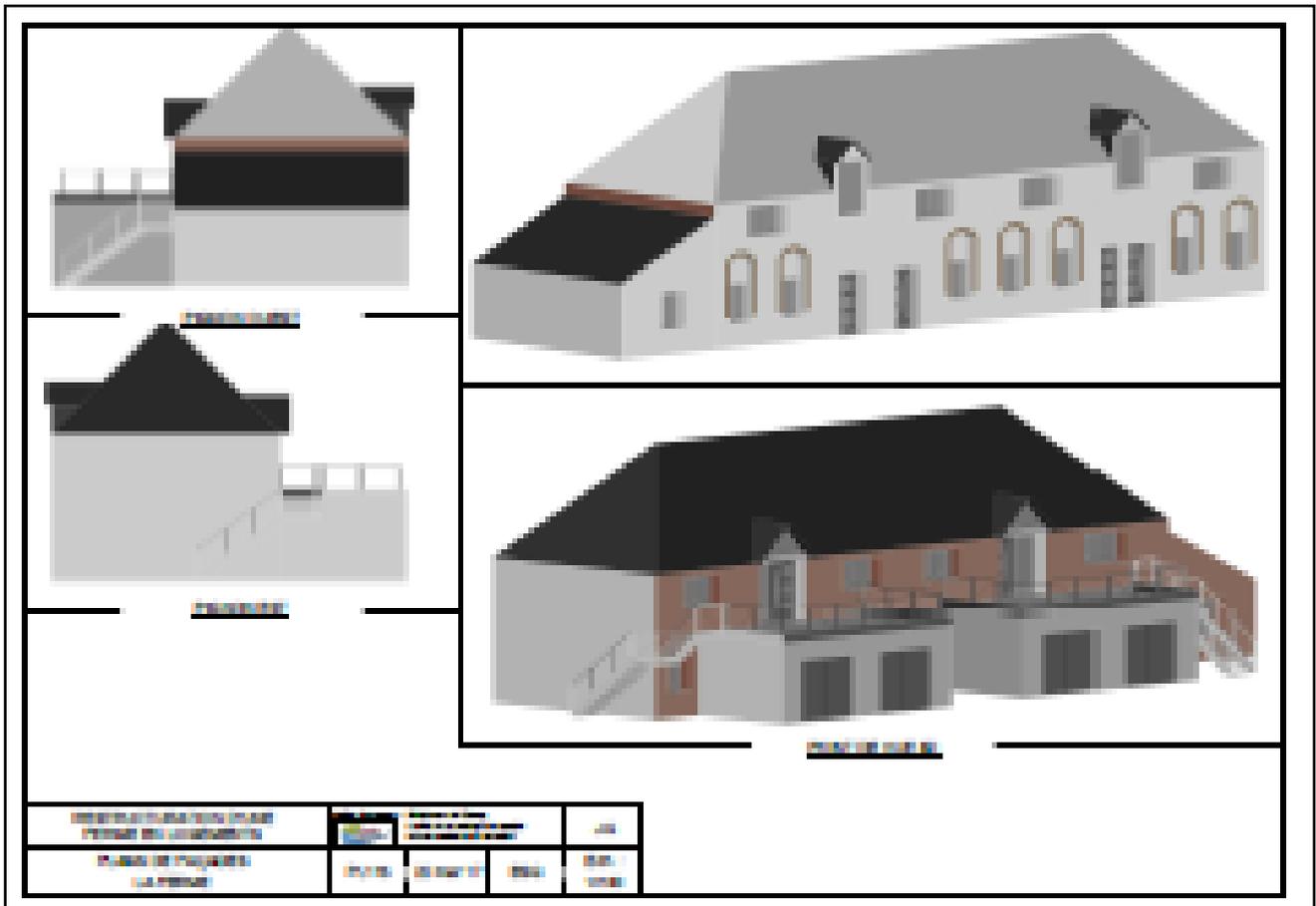


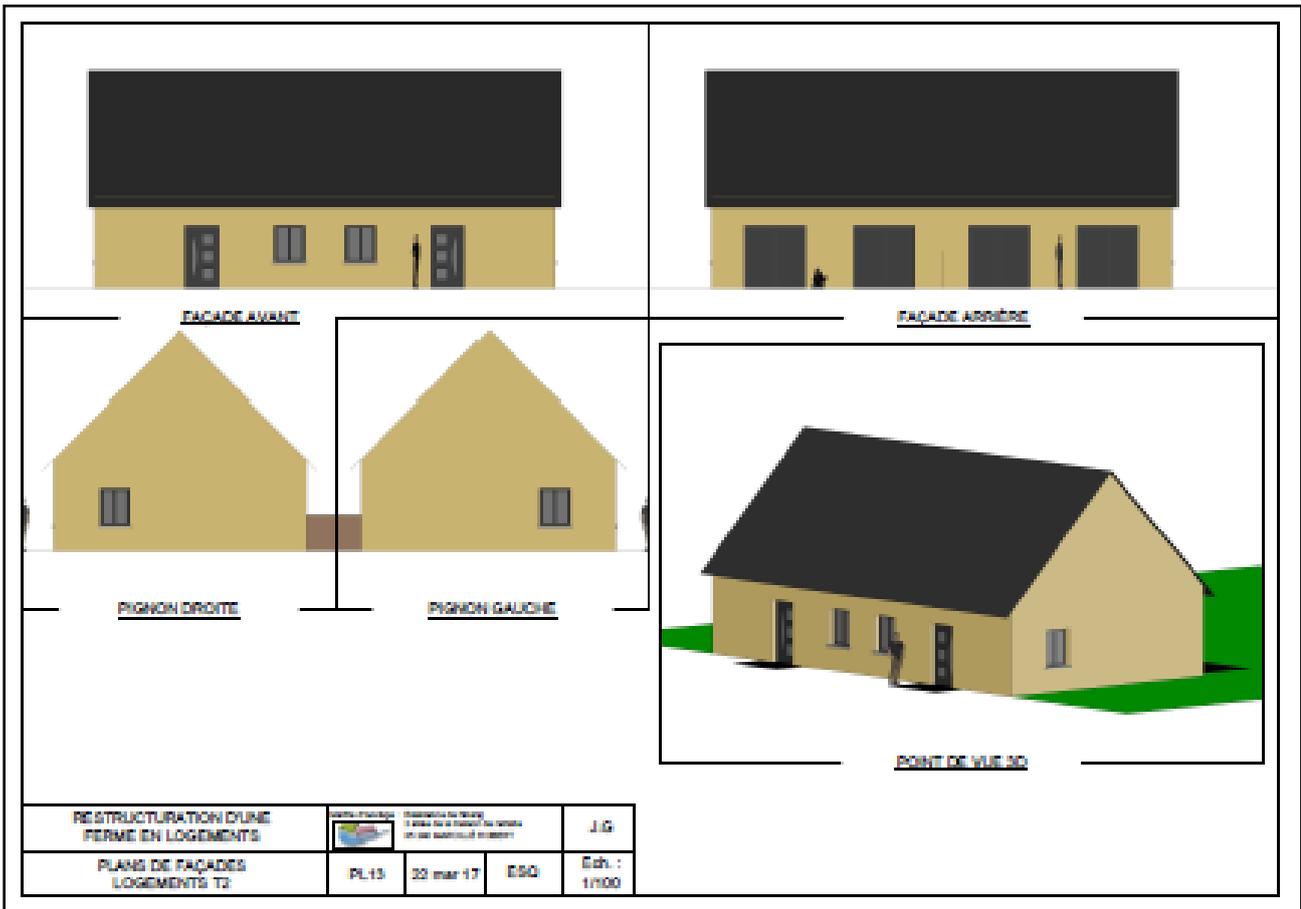
RESTRUCTURATION D'UNE FERME EN LOGEMENTS		PL01	ESQ	J.G	N
ESQ					





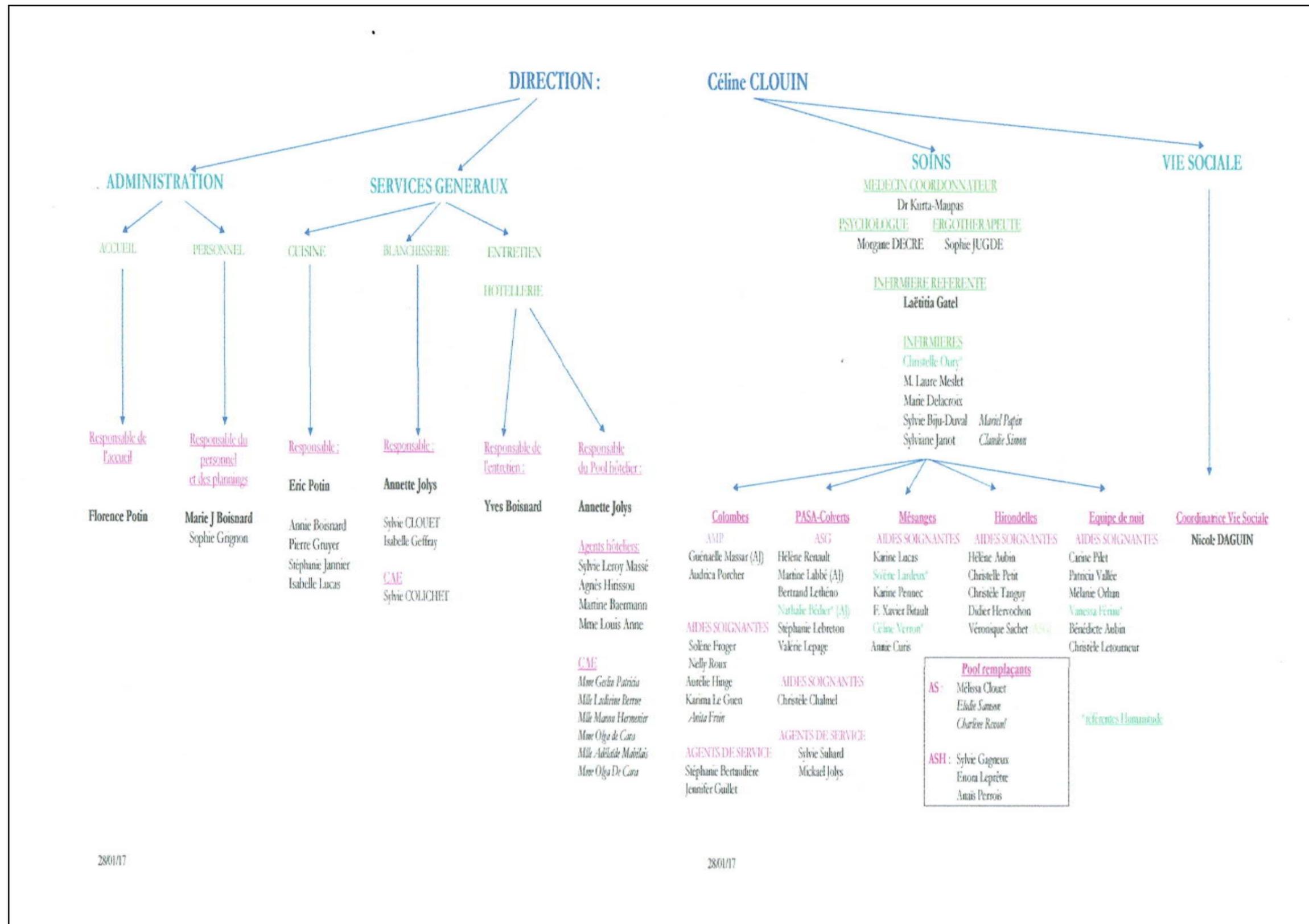






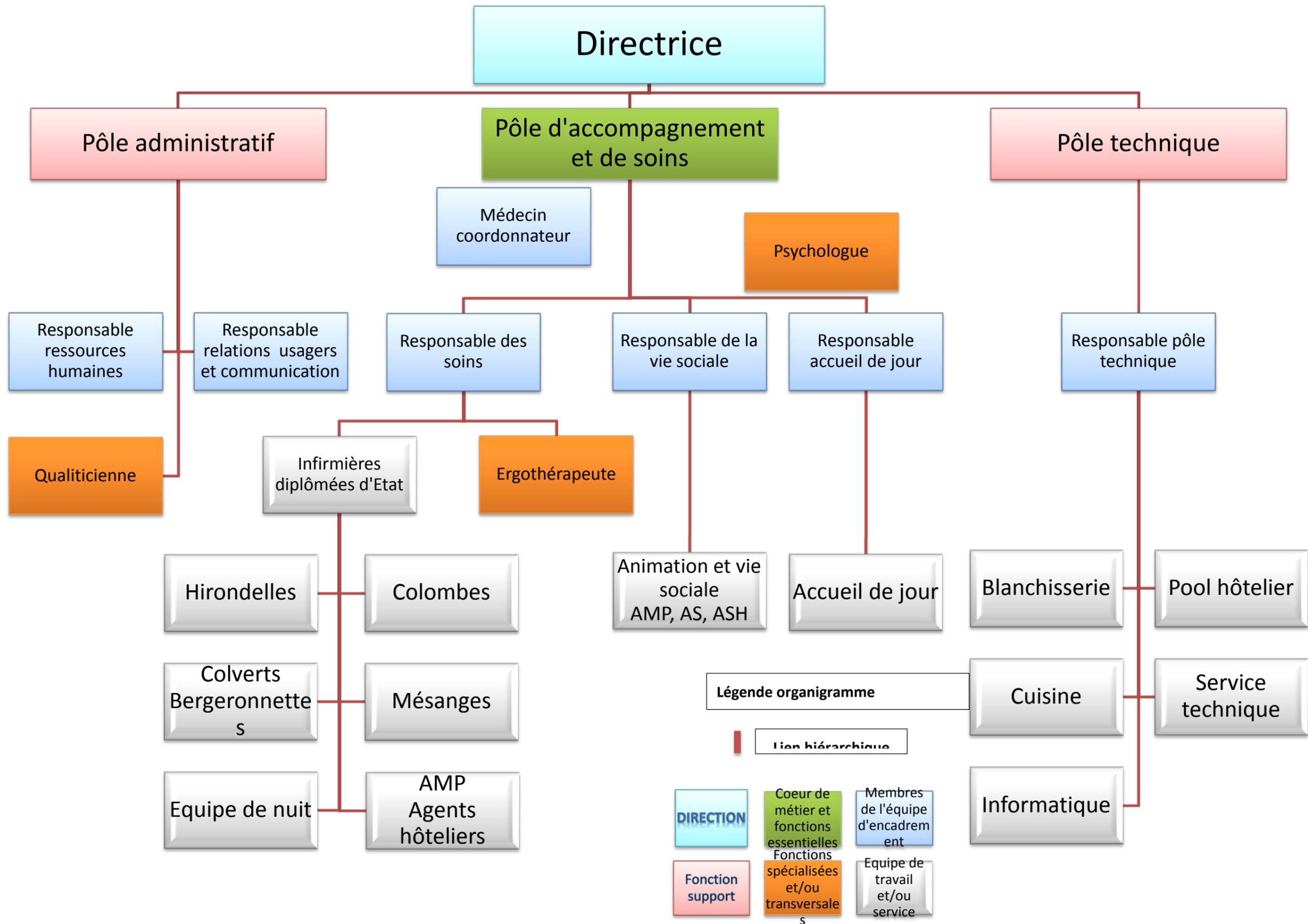
Annexe 7. Organigrammes

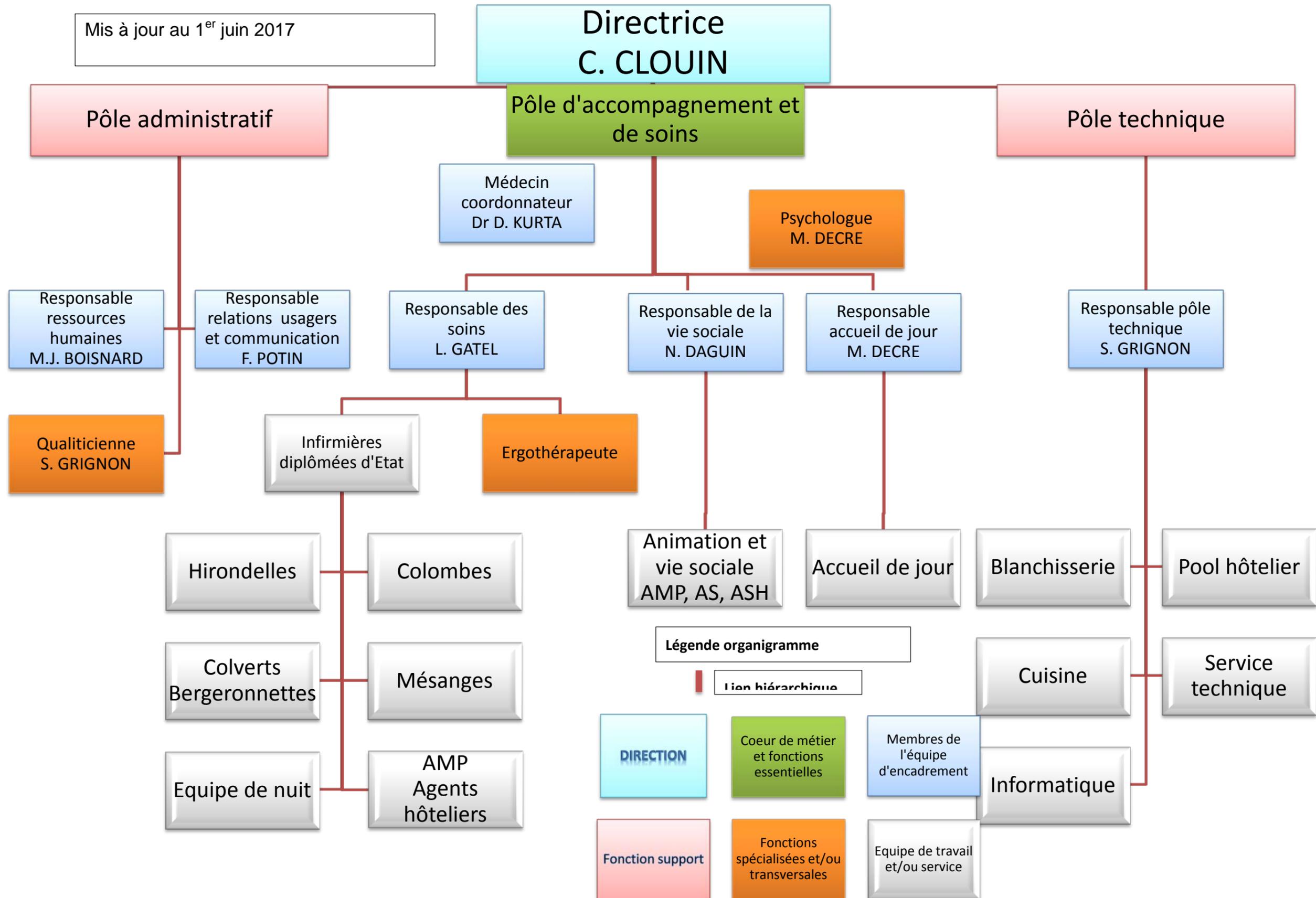
- Organigramme initial



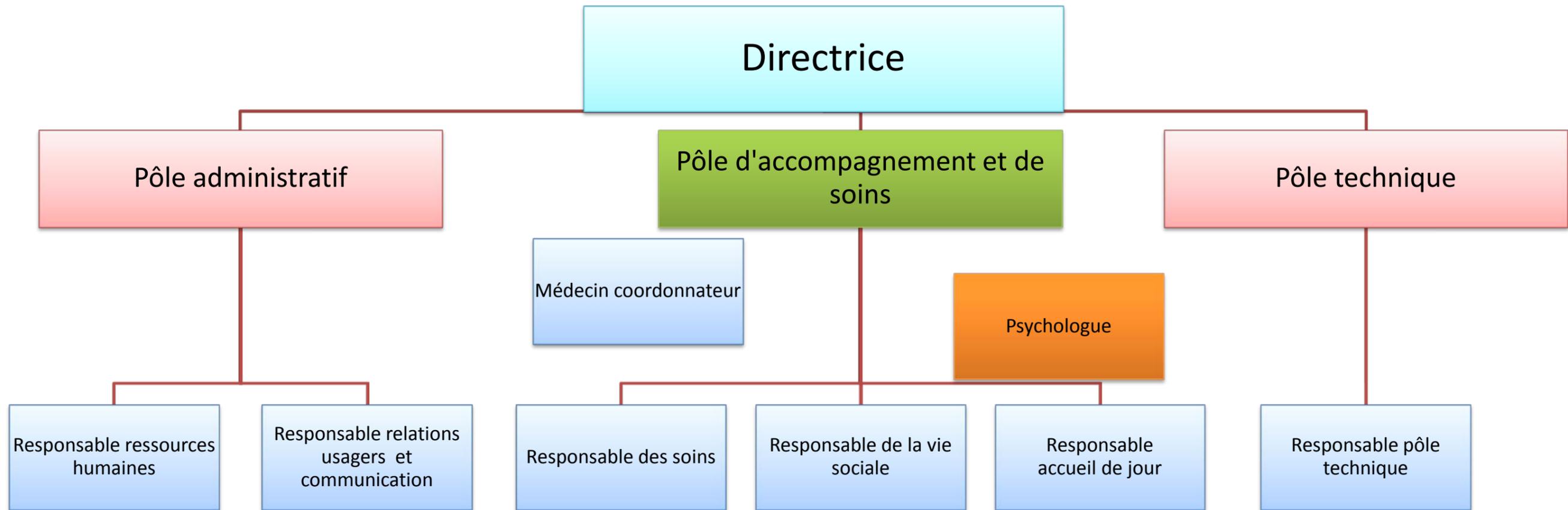
- Organigrammes généraux

o Organigramme de la Résidence : 1 juin 2017

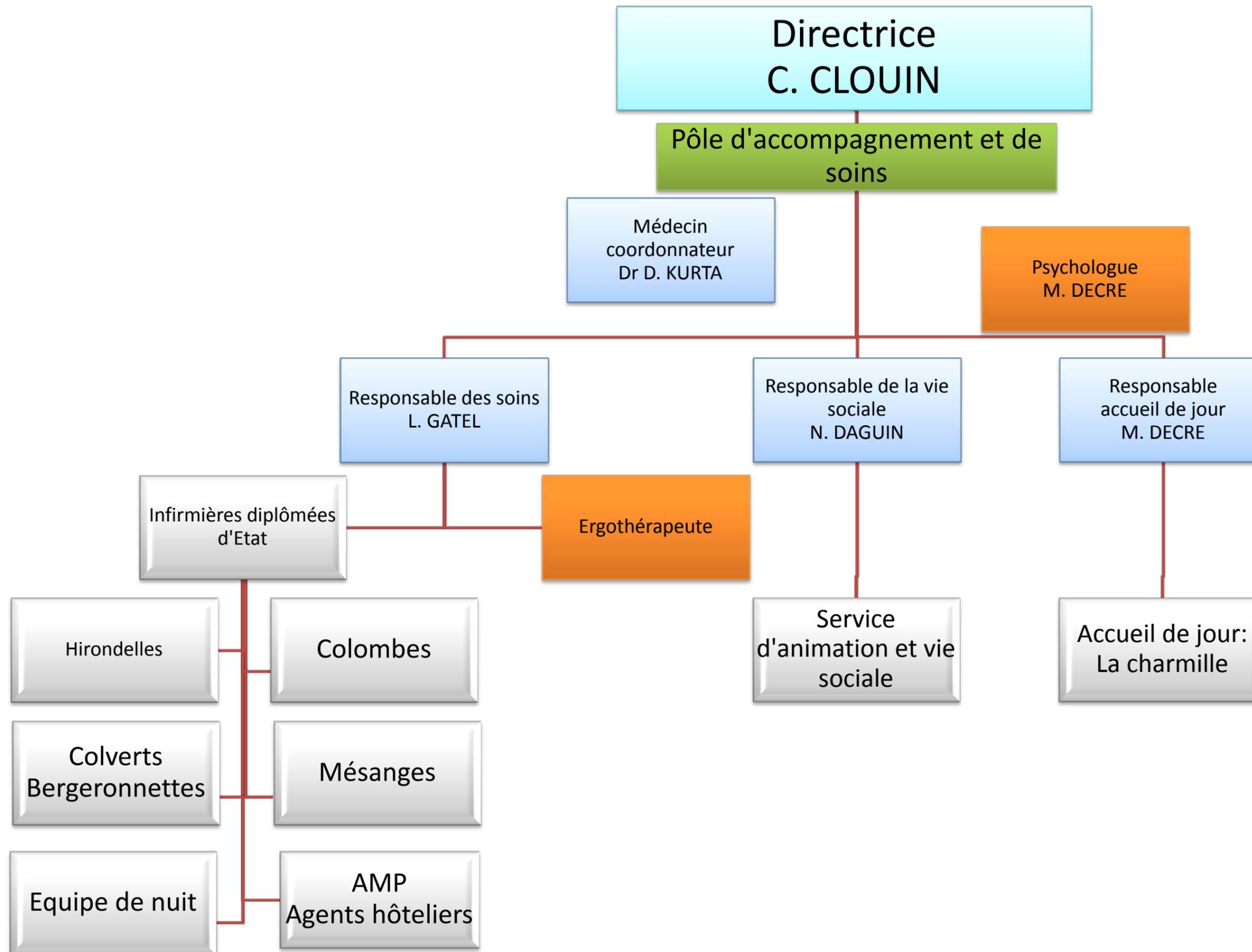




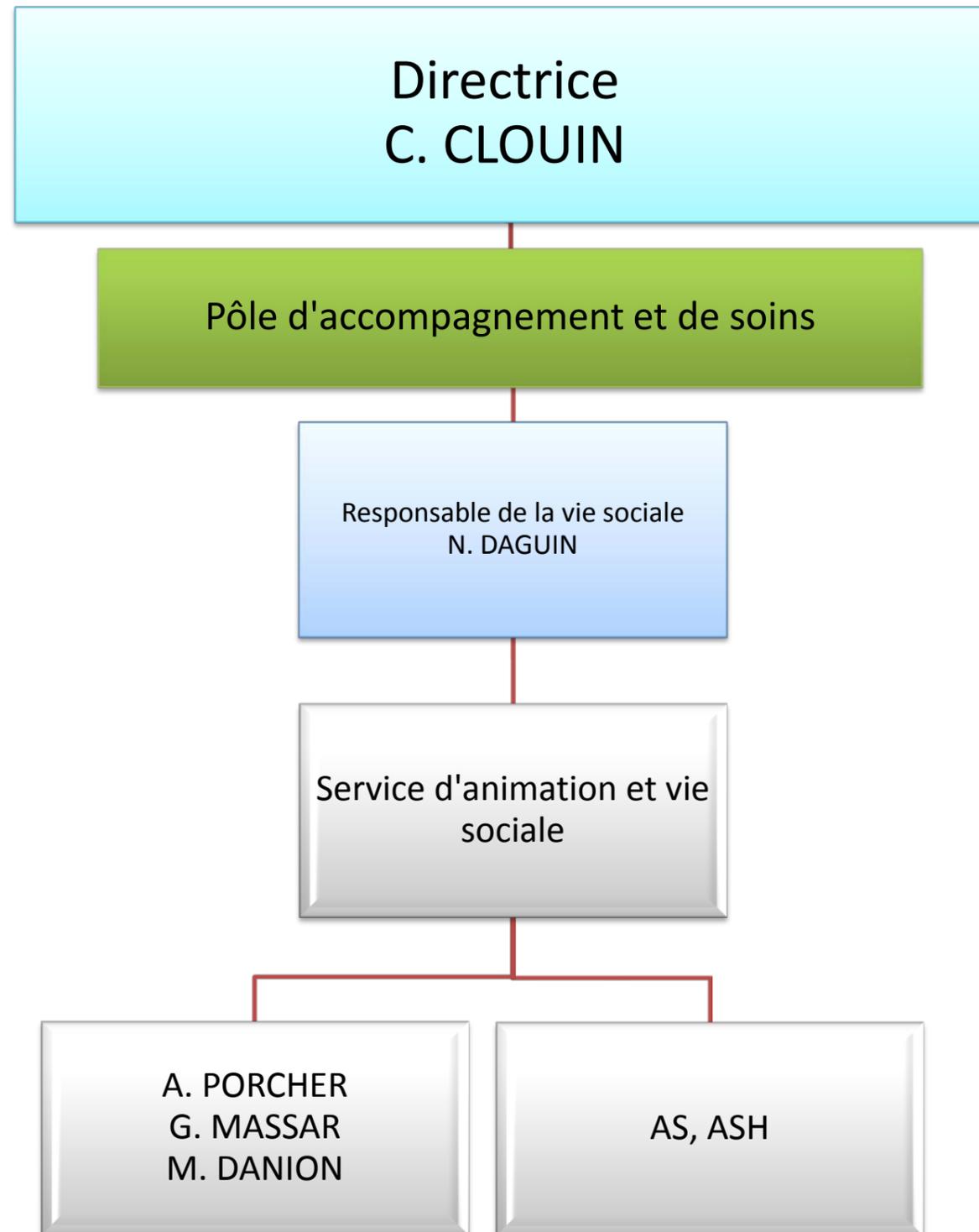
- Organigramme par pôles
 - o Organigramme équipe d'encadrement
 - Version fonction



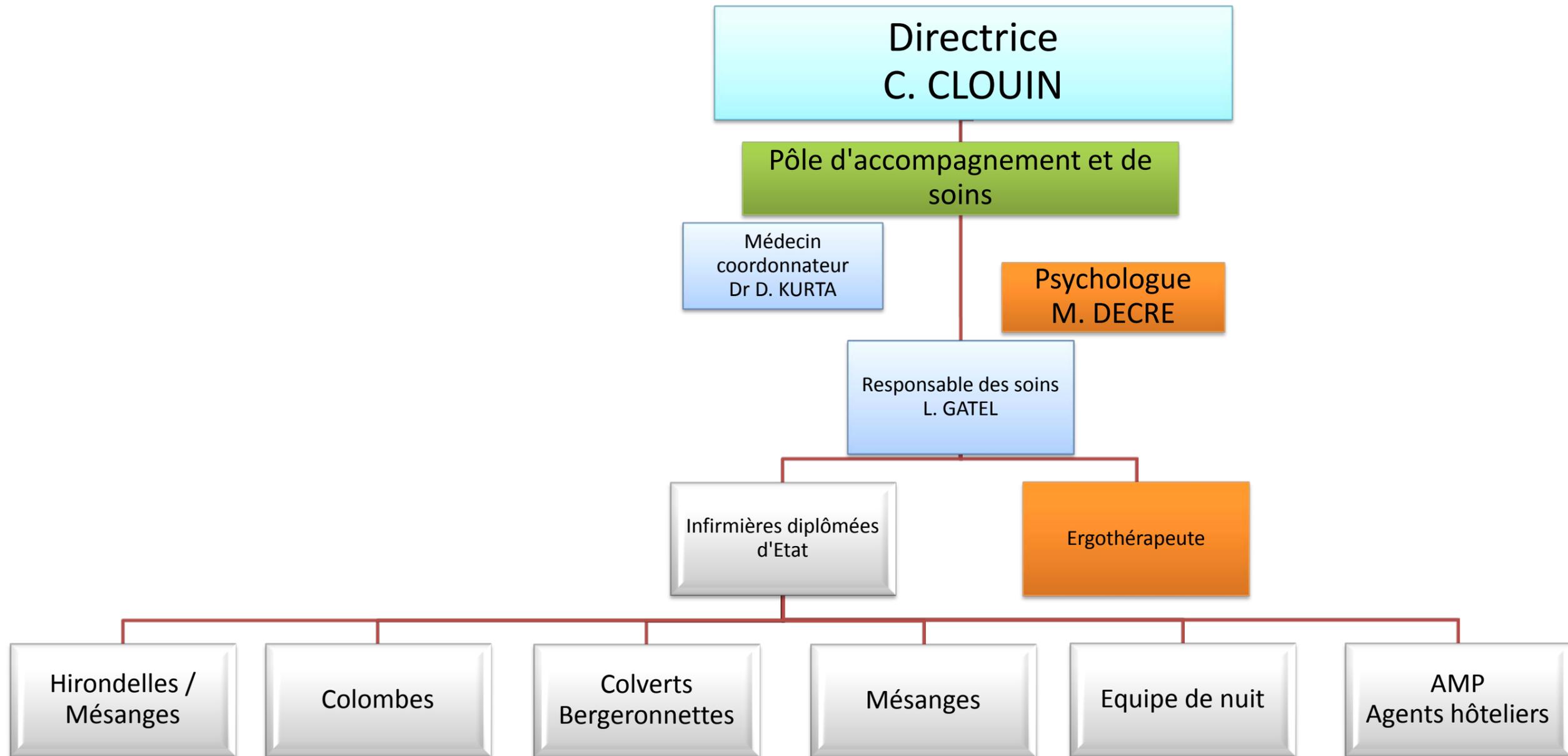
- Pôle accompagnement et soin
 - Organigramme nominatif et références



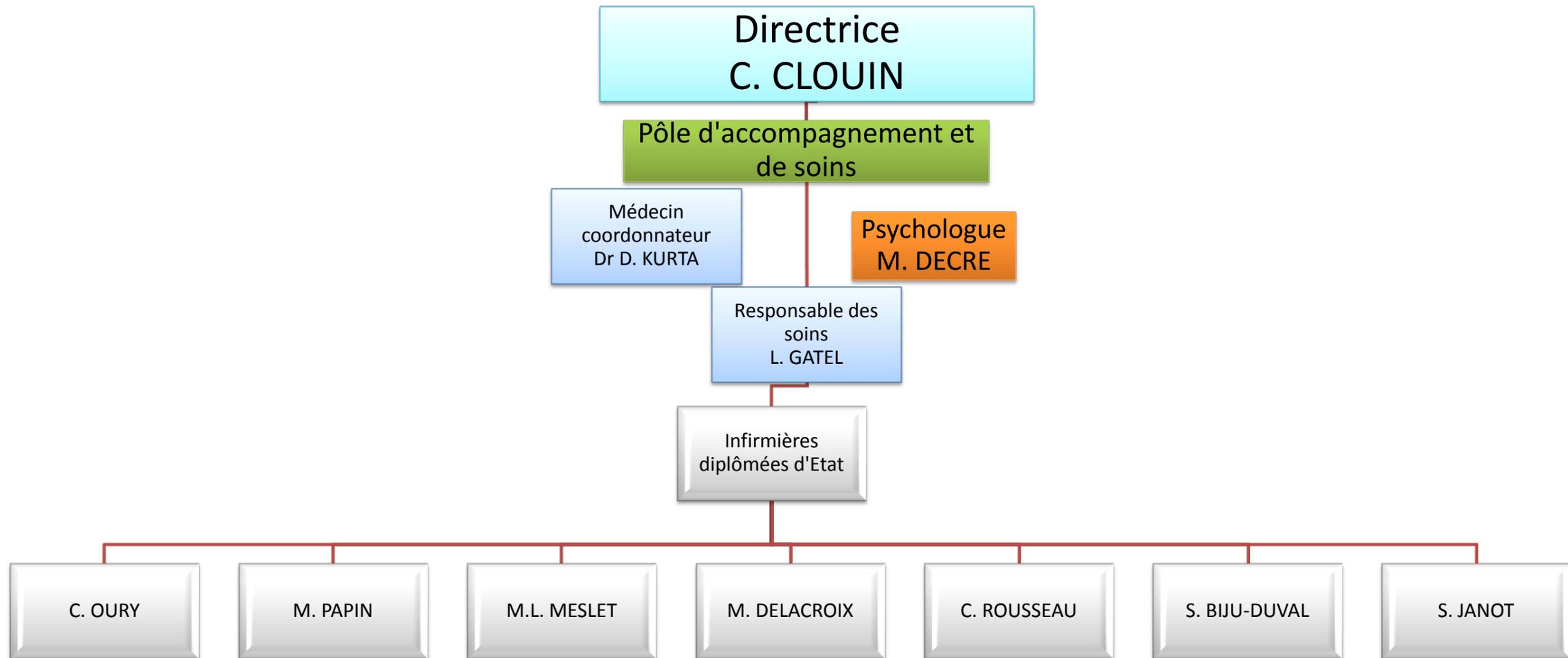
- Service de vie sociale
 - o Global



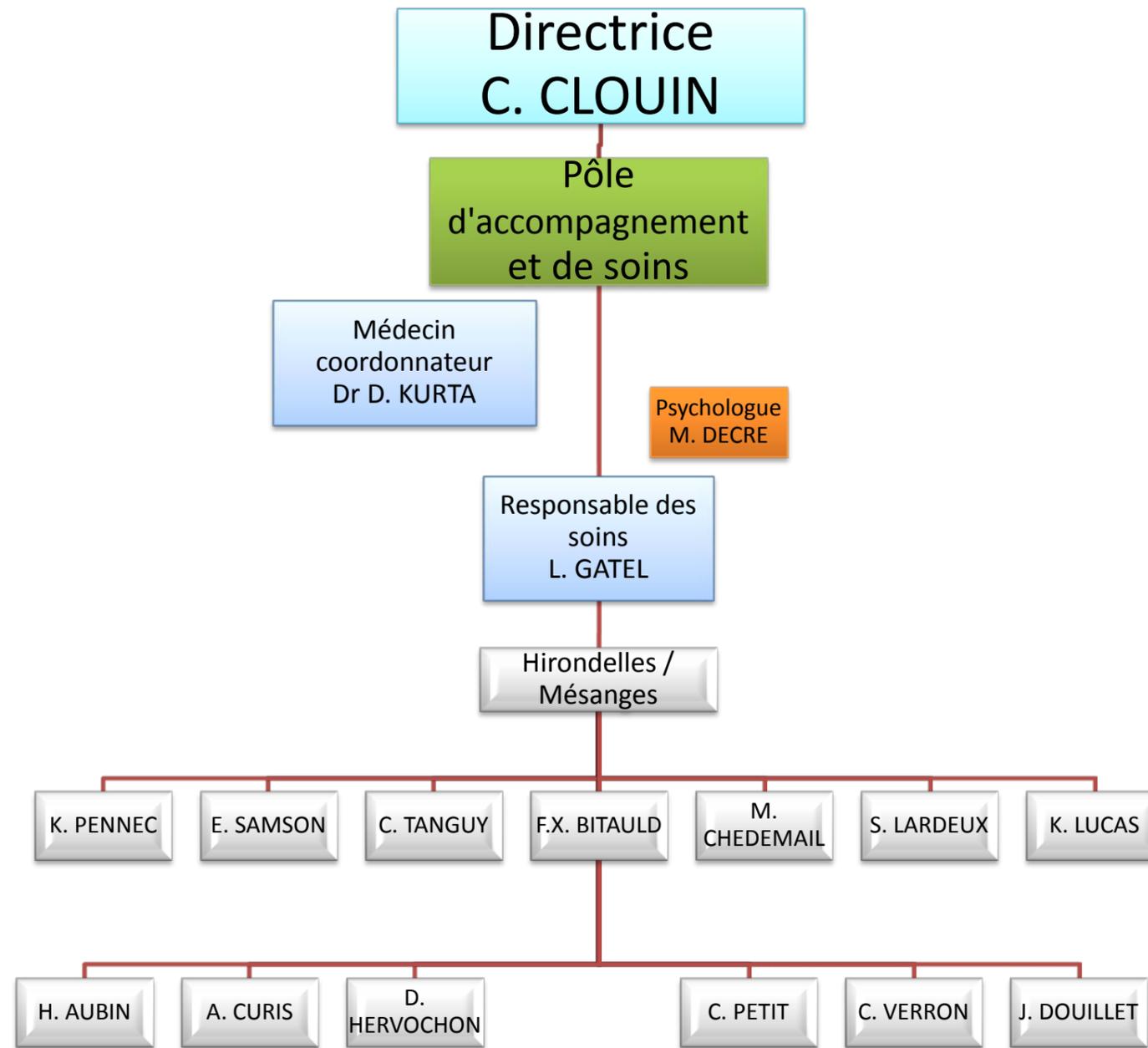
- Services de soins
 - o Nominatif et références



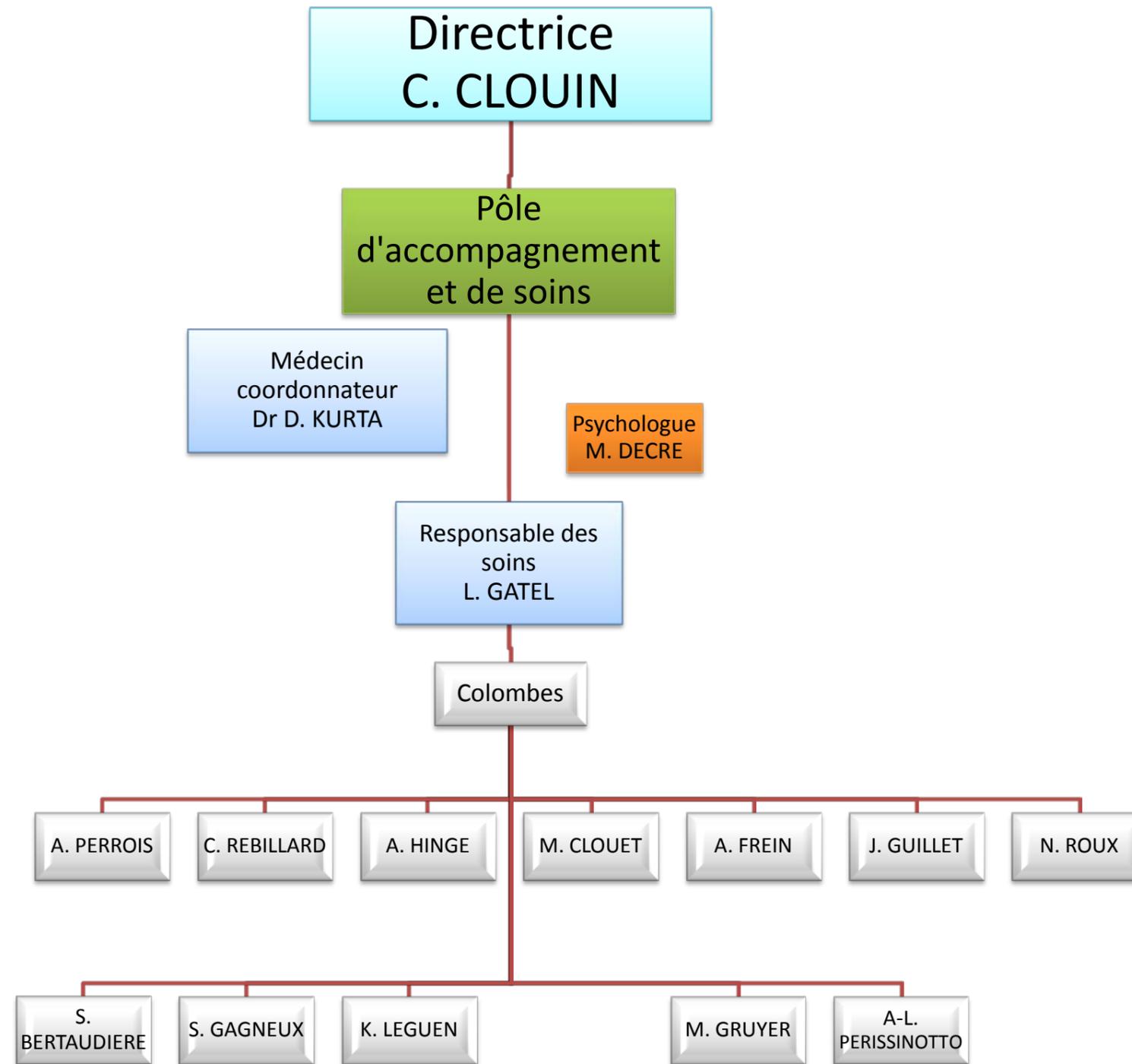
- IDE
 - o Nominatif et références



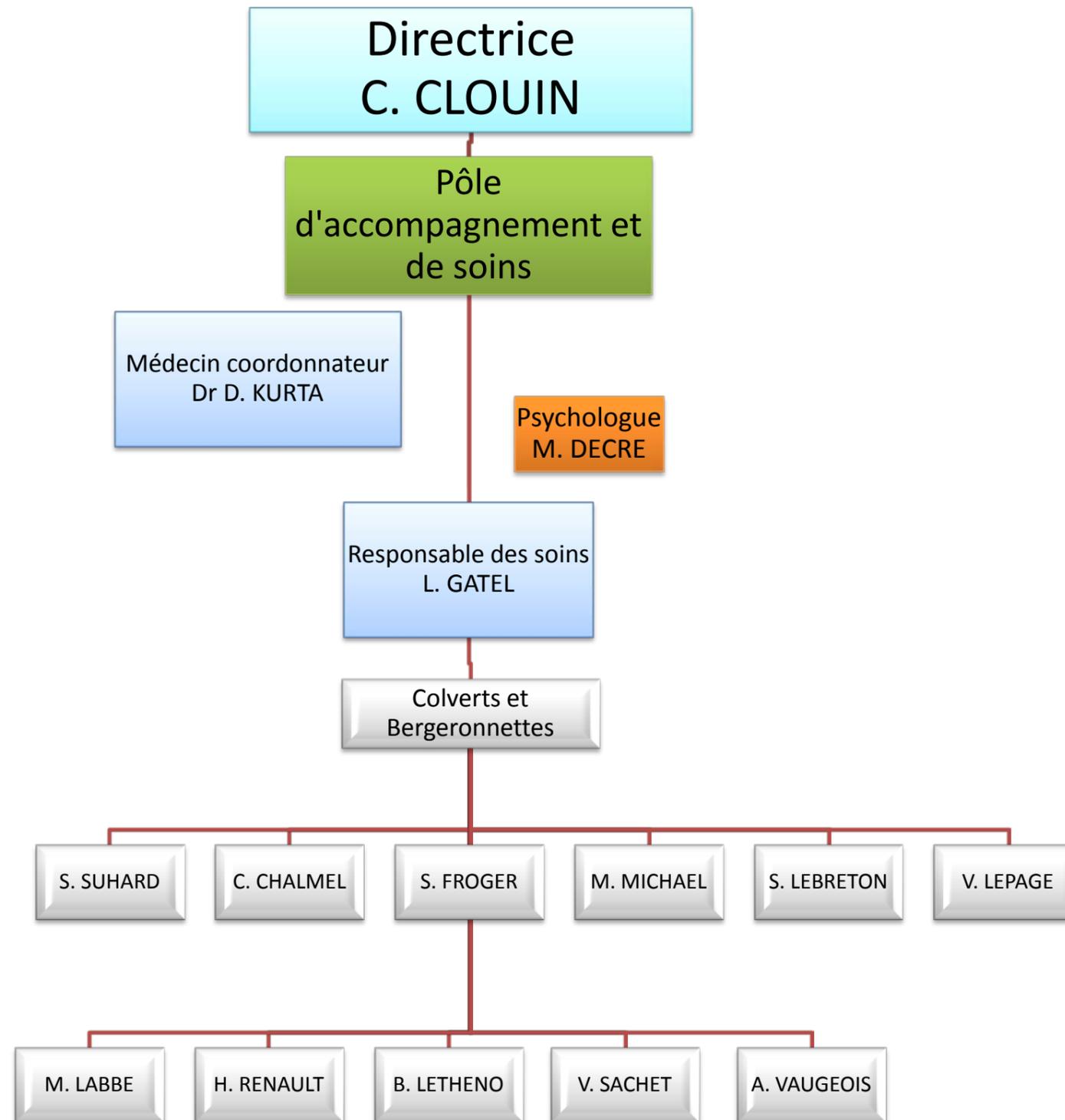
- Hirondelles/ Mésanges
 - Nominatif et références



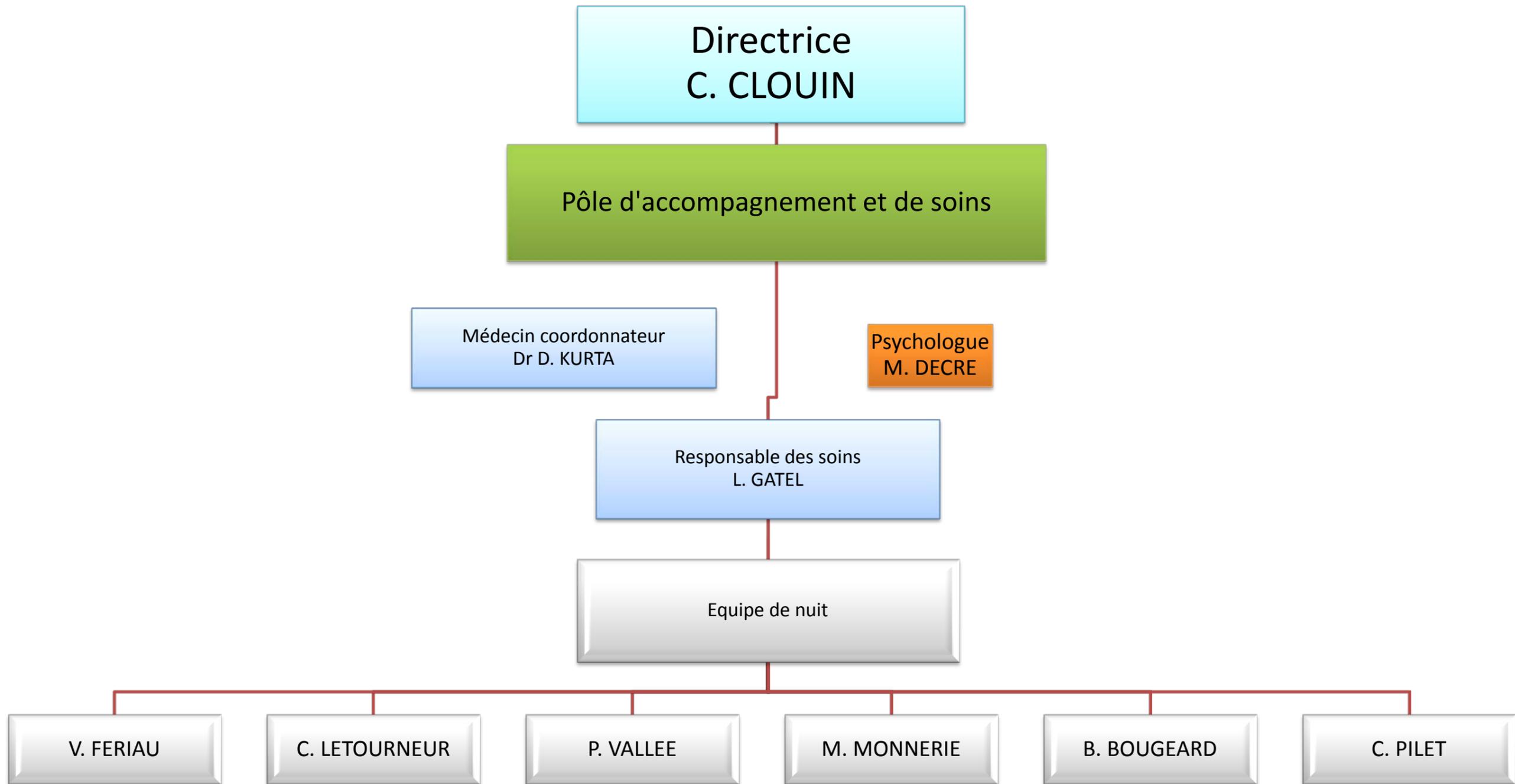
- Colombes
 - Nominatif et références



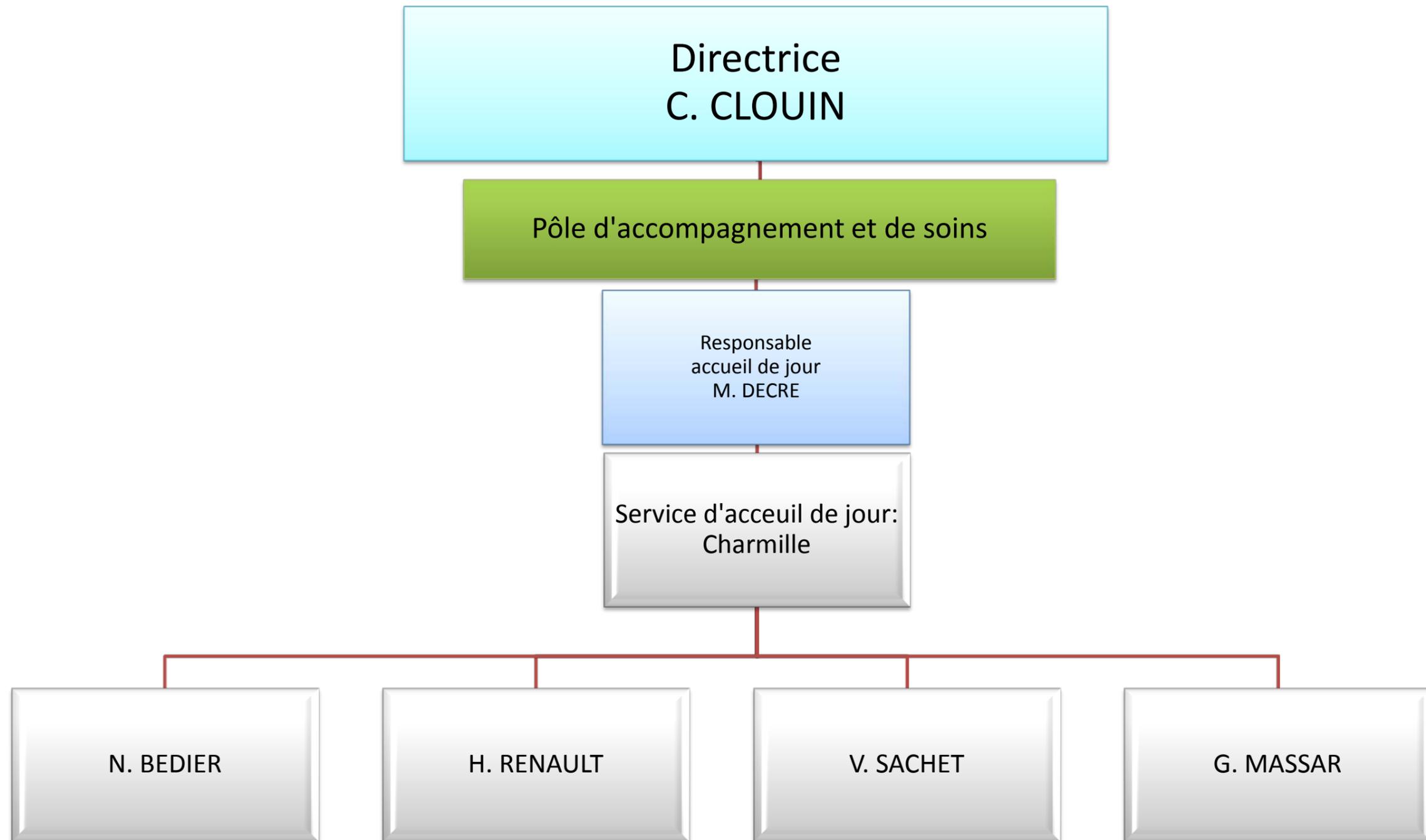
- Colvert et Bergeronnettes
 - Nominatif et références



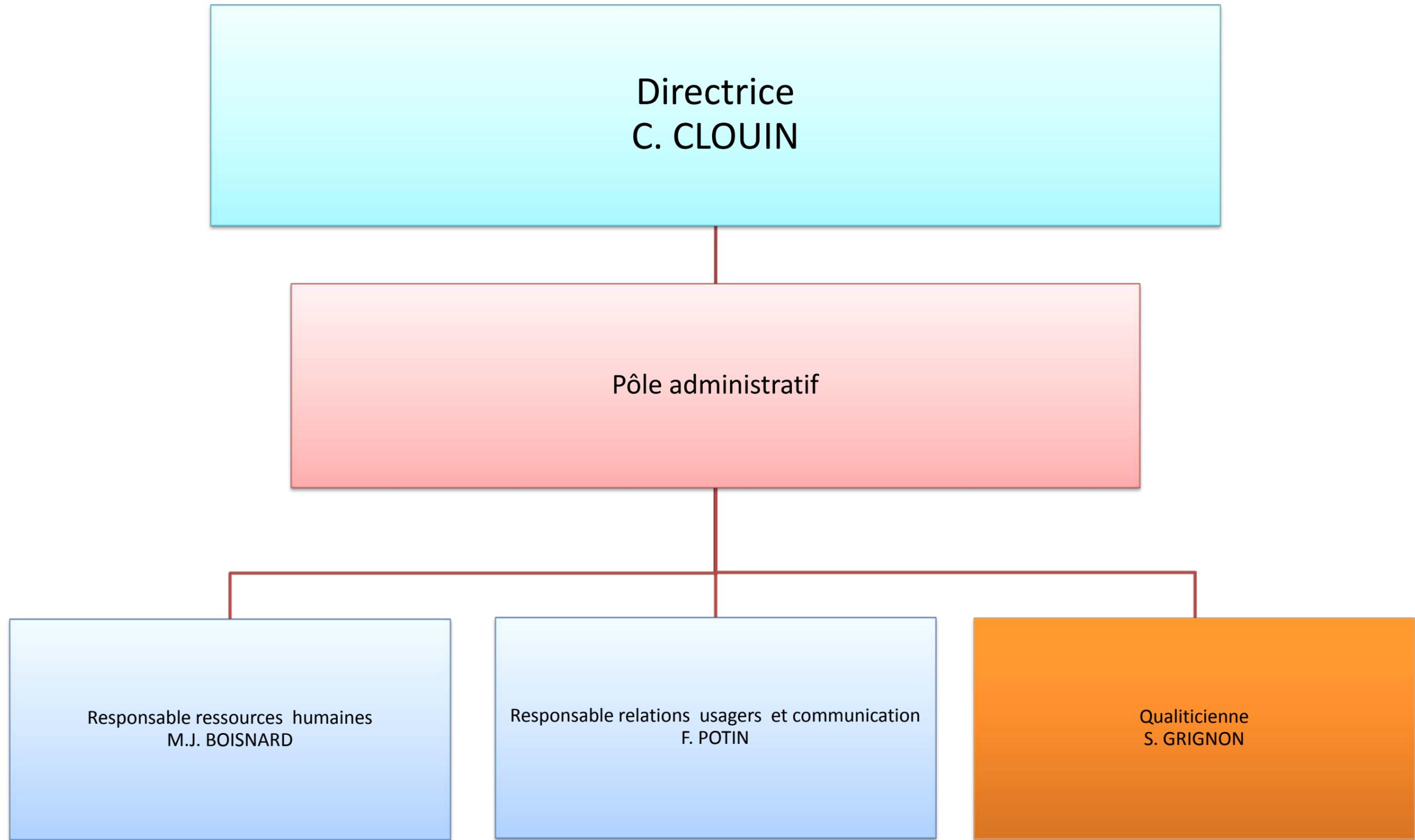
- Equipe de nuit
 - Nominatif et références



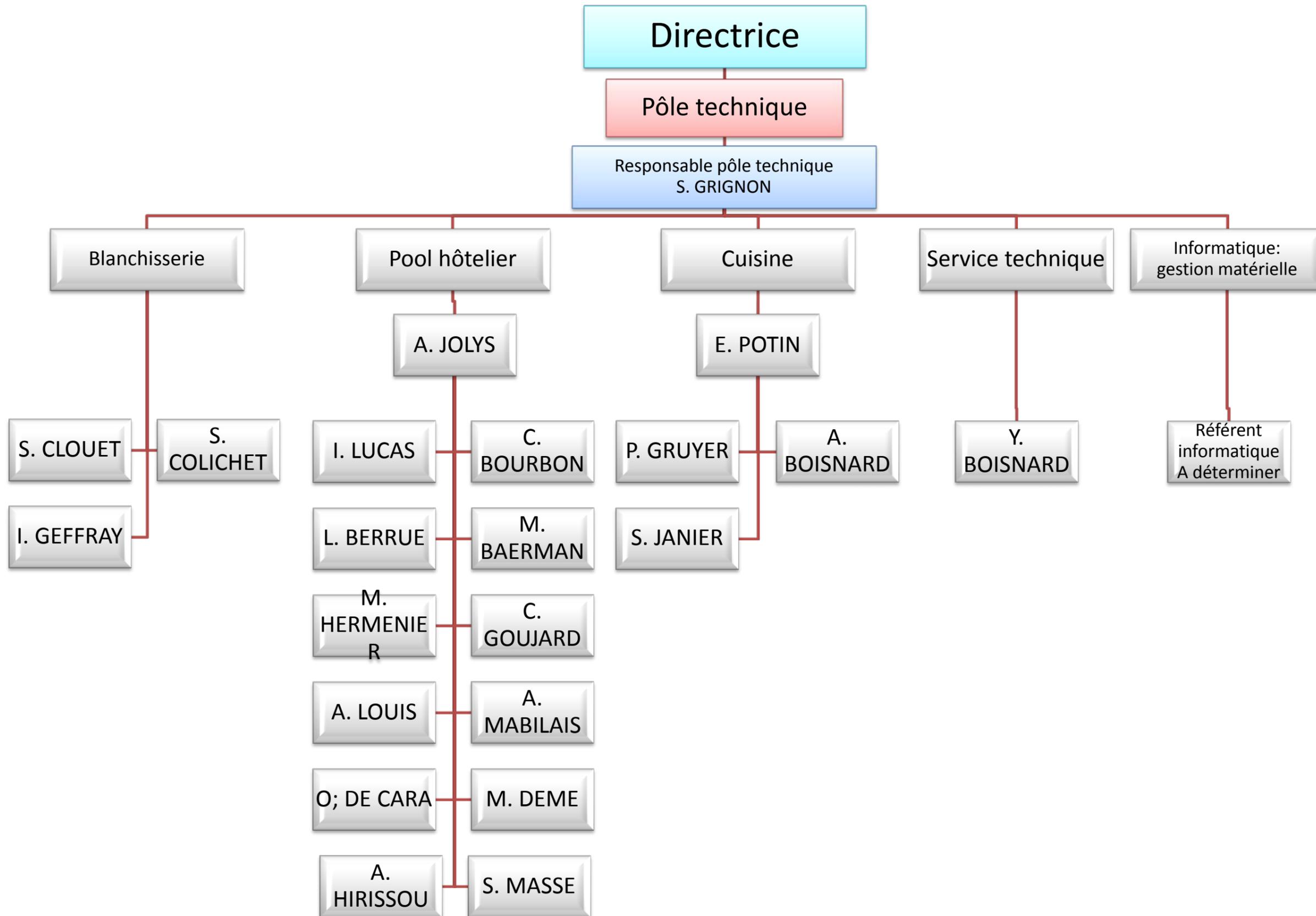
- Accueil de jour
 - Nominatif et références



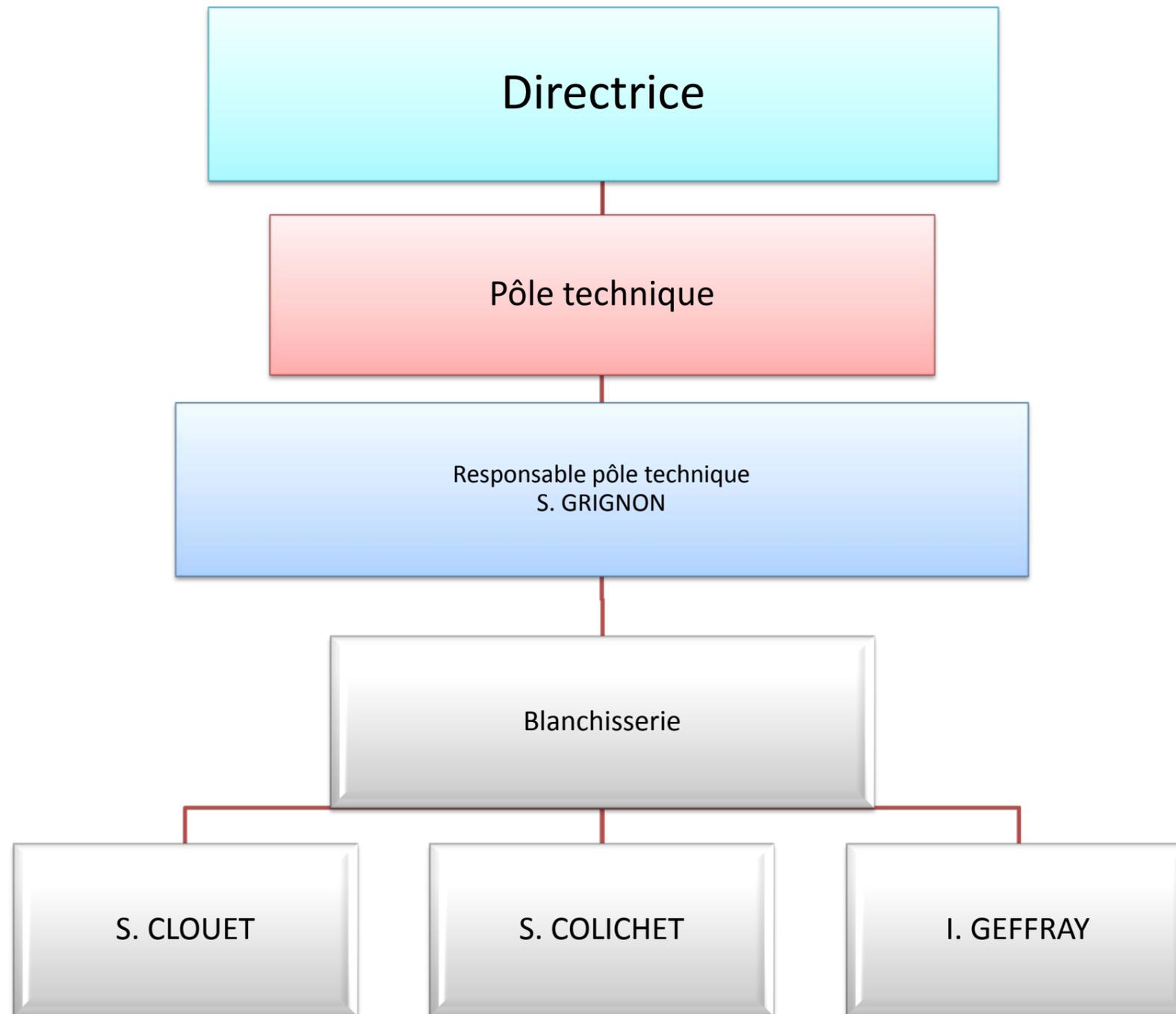
- Pôle administratif
 - Nominatif et références



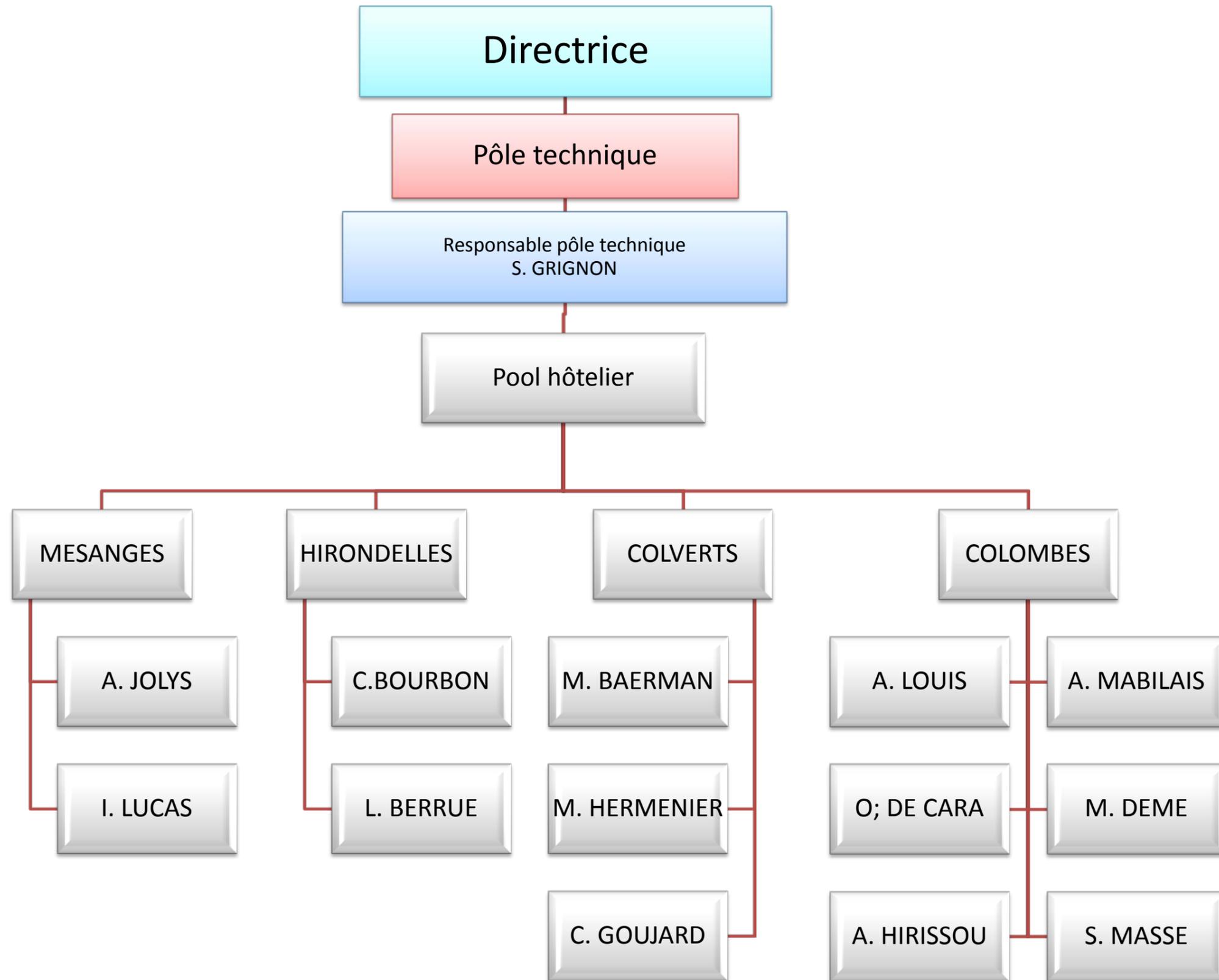
- Pôle technique
 - Par agents



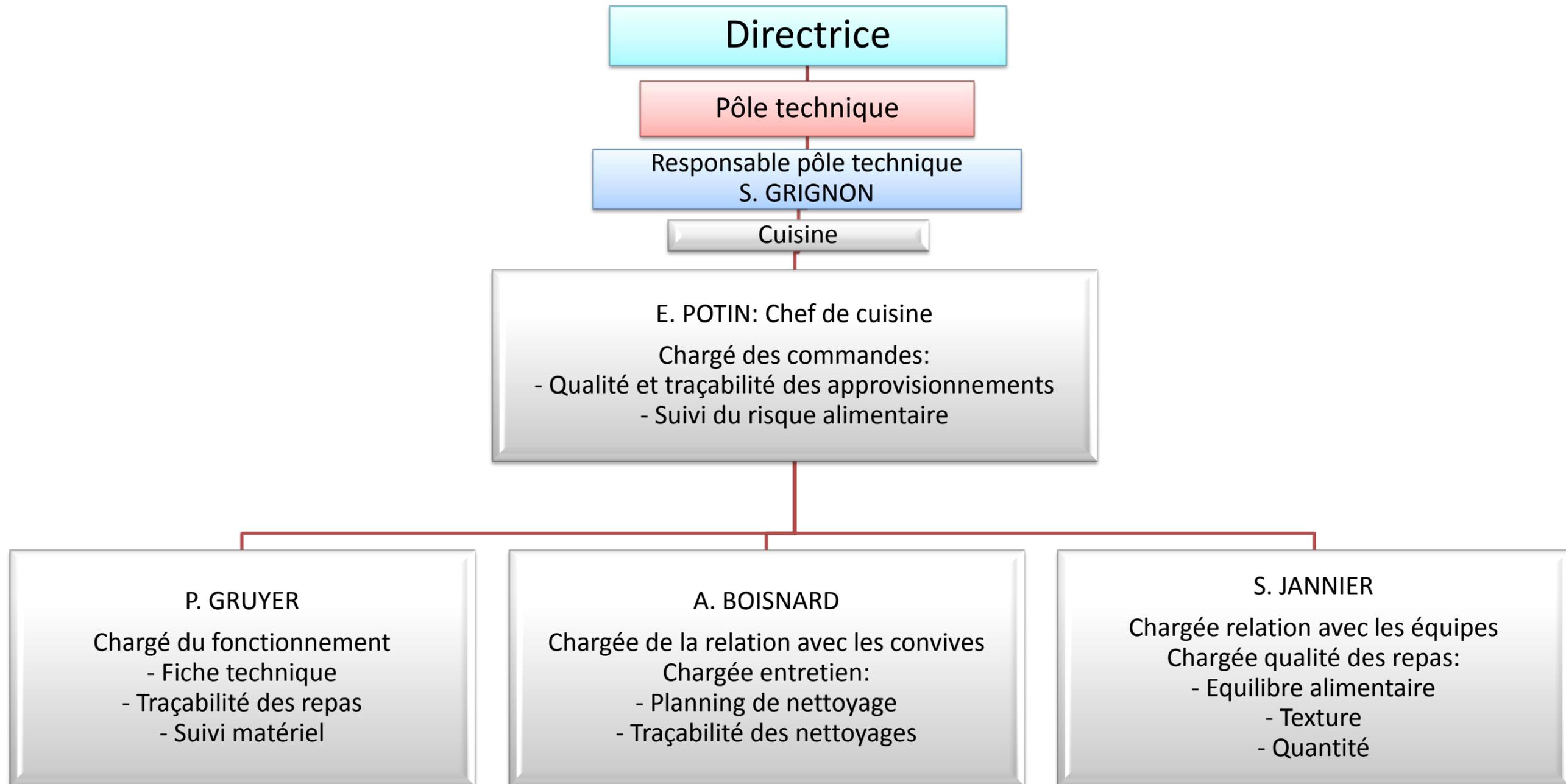
- Services pôle technique
 - Blanchisserie
 - Nominatif et références



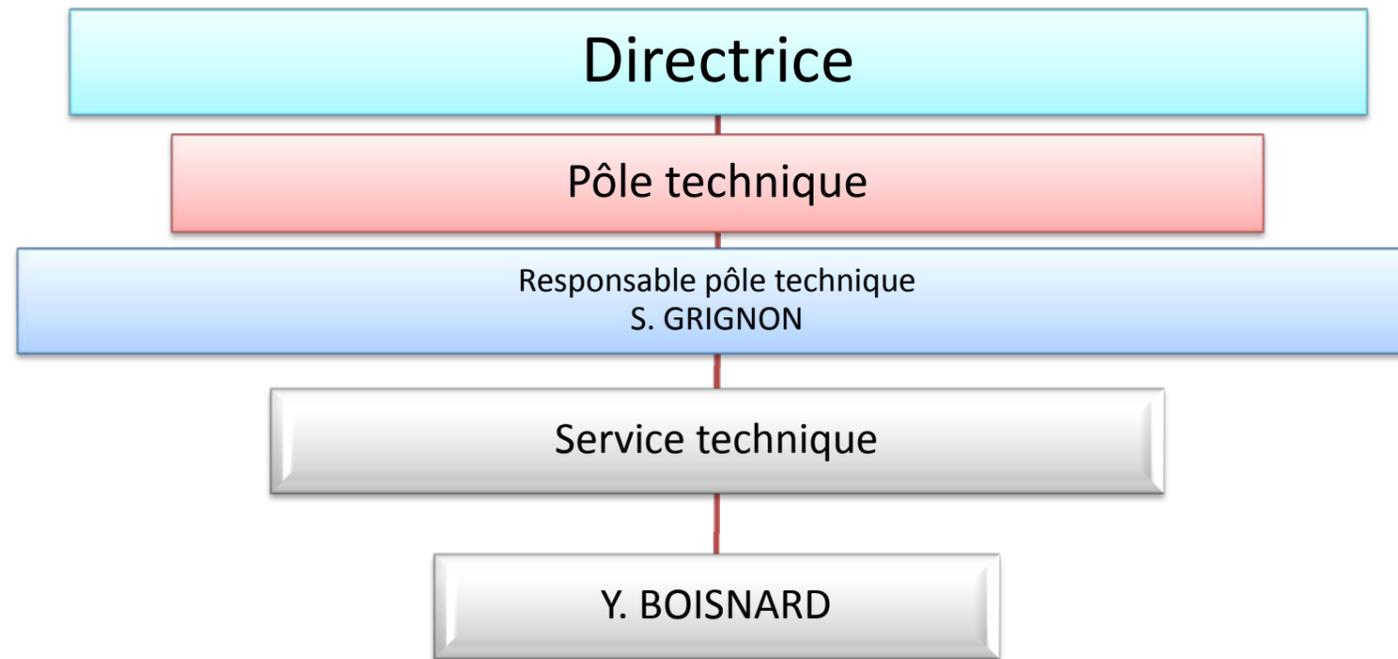
- Pool hôtelier
 - Nominatif et références



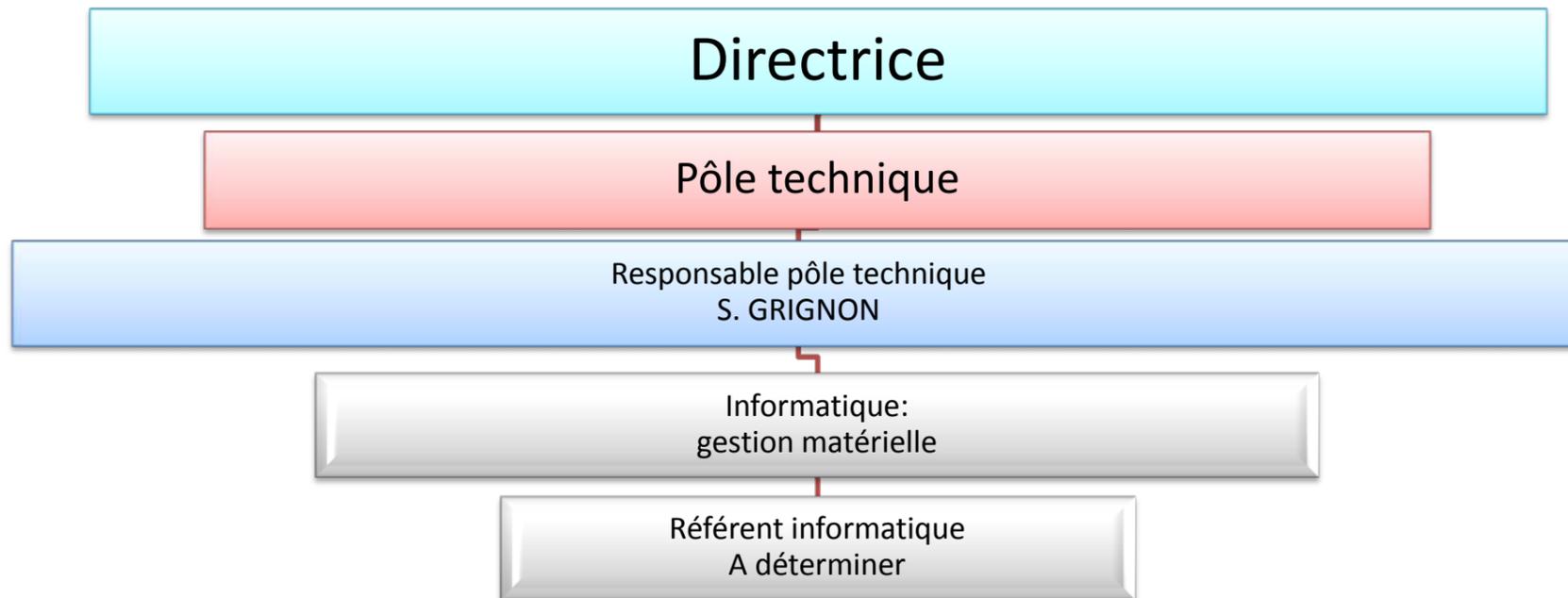
- Cuisine
 - Nominatif et références



- Service technique
 - Nominatif et références



- Service informatique
 - Nominatif et références



L'identification de chaque agent au sein de chaque service est faite à titre indicatif. En aucun cas elle ne peut être créatrice de droit. Elle est susceptible d'évoluer

BLANC

Vincent

Décembre 2017

DESSMS

Promotion 2016-2017

Démarche stratégique en EHPAD : L'exemple de la Résidence de l'Etang

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP RENNES

Résumé :

Ce mémoire pose les bases d'une démarche stratégique à la Résidence de l'Etang (35), en réponse aux nombreuses questions auxquelles doit répondre un directeur dans le cadre de ses responsabilités pour proposer une vision adéquate aux multiples évolutions contemporaines et garantir l'amélioration qualitative due aux résidents et à leurs familles.

Ce travail comprend trois grandes étapes:

- L'analyse externe et interne qui aura déterminé les forces et faiblesses de l'organisation pour dégager les opportunités malgré les menaces d'un contexte actuel fortement mouvant et parfois inquiétant à cause de la forte concurrence insérée dans les contraintes supranationales, nationales et locales, à laquelle répondent les stratégies de la fonction publique hospitalière pour assurer ses missions de service public en faveur des besoins des populations ;
- Les propositions stratégiques envisageables tenant compte des possibilités collaboratives mais surtout celles propre à la Résidence ;
- Les choix et les premiers actes pour le maintien d'une bonne qualité d'accompagnement ; grâce à un bâti disponible conséquent qui peut être amélioré et restructurer pour offrir des perspectives de consolidations, de diversifications, et de spécialisation ; grâce à une nouvelle structuration interne clarifiant l'organisation et les responsabilités en s'appuyant sur les ressources humaines à disposition.

Ces projets largement débutés durant cette année de stage de professionnalisation aux fonctions de directeur d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux auront à être poursuivis à plus long terme, dans une dynamique de co-construction à l'échelle d'un territoire, grâce au Conseil d'administration et la Direction qui sont jusqu'alors le moteur de qualité de l'établissement : grâce aux professionnels et pour les résidents et leurs familles.

Mots clés :

Démarche stratégique, gouvernance, médico-social, directeur, direction, fusion, EHPAD, GHT, collaboration, coopération, organisation, projet, stratégie, spécialisation, diversification

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.