

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

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

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

---

**Accompagner le changement à  
l'occasion d'un projet  
de reconstruction**

L'expérience de l'Hôpital Local  
de Montfort L'Amaury

---

**Séverine HUGUENARD**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Virginie Aubin, Directrice des Hôpitaux Locaux de Montfort L'Amaury et de Houdan, Murielle Henry, Directrice des services économiques et financiers et du site de Montfort L'Amaury, et enfin, Jérôme Le Brière, Directeur des ressources humaines, des admissions et de la qualité, pour leur disponibilité, leur conseil et leur soutien.

Je remercie également l'ensemble du personnel de l'Hôpital Local de Montfort L'Amaury ayant participé au questionnaire et à la réalisation du déménagement de la maison de retraite, pour son dynamisme et son investissement dans le projet, et enfin les résidents pour leur gentillesse.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1. LA RECONSTRUCTION DE L'ETABLISSEMENT : UN EVENEMENT INITIANT LE CHANGEMENT ET LEGITIMANT L'ACTION DU DIRECTEUR</b>	<b>- 5 -</b>
<b>1.1 D'un établissement contraignant à un établissement adapté</b>	<b>- 5 -</b>
1.1.1 Une reconstruction nécessaire	- 5 -
1.1.2 Le projet de reconstruction de l'Hôpital Local de Montfort L'Amaury	- 10 -
<b>1.2 Le management participatif : outil privilégié du directeur pour accompagner le changement</b>	<b>- 13 -</b>
1.2.1 Le changement au sein des organisations	- 13 -
1.2.2 Le processus de changement	- 15 -
1.2.3 Le management du changement	- 18 -
<b>2. L'APPLICATION DU MANAGEMENT PARTICIPATIF AU PROJET DE RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL LOCAL</b>	<b>- 21 -</b>
<b>2.1 Les résistances des acteurs au changement : freins à la conduite du projet</b>	<b>- 21 -</b>
2.1.1 Les freins d'ordre budgétaire	- 22 -
2.1.2 Les agents et leur difficile implication	- 23 -
2.1.3 Le stress provoqué par le changement chez les agents et les résidents	- 25 -
<b>2.2 Les outils du management : une clé pour l'adhésion des acteurs au changement</b>	<b>- 26 -</b>
2.2.1 La communication auprès des acteurs du changement	- 27 -
2.2.2 L'accompagnement des acteurs du changement	- 31 -
2.2.3 La participation des acteurs du changement	- 36 -

<b>3. LA REALISATION DU DEMENAGEMENT DE LA MAISON DE RETRAITE : UN ENSEIGNEMENT POUR MENER A BIEN LA SECONDE PHASE DU PROJET</b>	<b>- 39 -</b>
<b>3.1 La première étape du changement : le déménagement de la maison de retraite</b>	<b>- 39 -</b>
3.1.1 La préparation de la première phase du projet : l'amorce du changement	- 39 -
3.1.2 Le jour du déménagement	- 44 -
3.1.3 Les premiers bilans	- 47 -
<b>3.2 Les enseignements du premier déménagement : une clé pour mener à bien la suite du processus de changement</b>	<b>- 49 -</b>
3.2.1 La phase transitoire	- 50 -
3.2.2 La préparation du second déménagement	- 54 -
3.2.3 L'intégration du changement dans la continuité	- 55 -
<b>CONCLUSION</b>	<b>- 57 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>- 59 -</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.M.P. :	Aide Médico-Psychologique
A.R.H.I.F. :	Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île de France
A.S. :	Aide Soignant
A.S.H. :	Agent des services Hospitaliers
C.A.E. :	Contrat d'Aide à l'Emploi
C.D.D. :	Contrat à Durée Déterminée
C.L.I.C. :	Comité Local d'Information et de Coordination
C.N.A.V. :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
C.R.A.M.I.F. :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île de France
D.A.S.R.I. :	Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
E.H.P.A.D. :	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
E.T.P. :	Emploi à Temps Plein
G.I.R. :	Groupe Iso Ressources
G.M.P. :	GIR Moyen Pondéré
H.L. :	Hôpital Local
I.D.E. :	Infirmier Diplômée d'État
R.T.T. :	Réduction du Temps de Travail
S.M.I.C. :	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
S.S.I.A.P. 1 :	Agent de Sécurité Incendie et Assistance à Personne niveau 1
U.S.L.D. :	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

« C'est un véritable tsunami démographique de la dépendance qui est devant nous »<sup>1</sup>. Face à ce phénomène, adapter en quantité et en qualité l'offre des services s'impose. En effet, la vieillesse s'est institutionnalisée. Les établissements, de plus en plus médicalisés, accueillent une population de plus en plus dépendante. L'évolution de la médecine et de la qualité de vie a entraîné une entrée de plus en plus tardive en institution, liée à la dépendance. Cependant, les lieux ont bien souvent évolués moins vite que les mentalités. Or, les problèmes de santé physique et psychique de cette population la rendent plus vulnérable face à leur environnement. De ce fait, il est nécessaire de concevoir des lieux sûrs et sécurisants favorisant leur mobilité.

Ainsi, fortes de ce constat et de l'augmentation du niveau de dépendance des personnes accueillies au sein des établissements à vocation gériatrique, de nombreuses structures s'engagent dans la réalisation de projets de restructuration, afin d'adapter leurs locaux aux besoins spécifiques de la prise en charge de cette population fragilisée.

L'hôpital local (H.L.) de Montfort L'Amaury fait partie de cette catégorie d'établissement ayant entrepris la reconstruction de ses locaux. Il s'agit d'un établissement de proximité dont les trois principales missions sont curatives, préventives et palliatives. Il peut accueillir et prendre en charge 200 résidents dont 51 en soins de longue durée et 149 en Maison de Retraite<sup>2</sup>. Il dispose également d'un pôle de maintien de personnes âgées à domicile, composé d'une coordination gérontologique, d'une équipe médico-sociale et d'une équipe mobile gériatrique.

Situé au sein d'une petite cité médiévale de 3000 habitants, il se compose de deux sites. Le site principal, l'hôpital, est situé en centre ville, et a été construit en 1238. Il héberge les soins de cures médicales et les longs séjours, soit 124 lits, et dispose de chambres de un à quatre lits. L'unité de soins de longue durée (U.S.L.D.) prend en charge des personnes âgées dépendantes ayant besoin d'une surveillance médicale continue. Le second site, la maison de retraite, est situé sur le site du Bois Renoult à 500 mètres en bordure de forêt et en périphérie de la commune. Elle a été construite en 1968 et comprend 76 lits. Elle dispose de chambres particulières ou à deux lits, destinées à des personnes valides.

---

<sup>1</sup> Citation de Philippe BAS, Ministre chargé de la Sécurité Sociale des personnes âgées et handicapées, Article « un tsunami de la dépendance est devant nous », Revue Union Sociale, n°206, avril 2007, p.19.

<sup>2</sup> La convention tripartite est en cours de négociation.

Les bâtiments du centre ville sont désormais inadaptés pour leur usage. Ils ne permettent pas aux agents de bénéficier de conditions de travail optimales permettant une prise en charge de qualité des résidents.

L'opération a pour objet la reconstruction de l'HL de Montfort L'Amaury, sur un site unique, le Bois Renault, d'une capacité totale de 200 lits destinés à accueillir des personnes âgées dépendantes. Elle s'effectue en deux phases : la première phase, livrée en mai 2007 correspond à quatre unités d'hébergement de 20 lits chacune et s'accompagne du transfert de 68 résidents, de la cuisine, de la pharmacie, de la buanderie et de l'espace mortuaire. La seconde, dont la livraison est prévue en mars 2009, correspond à six unités pour une capacité de 120 lits. A ce jour, la première phase a été réalisée et l'établissement a procédé au transfert des résidents de l'ancienne maison de retraite dans les nouveaux locaux.

La reconstruction d'un établissement est par excellence une opportunité pour sa direction de conduire une politique de changement. En effet, le nouveau logement a été construit par opposition à des espaces collectifs imposants afin de créer de petite unité de vie, plus familiale. Or, cet aménagement de l'espace amène nécessairement les équipes et le directeur à revoir les modes d'organisations de travail et les circuits (logistique, transmission de l'information...). Ceux de l'ancienne structure, n'étant plus adaptés aux nouveaux locaux, ne peuvent pas être transposés en l'état.

Un tel projet s'inscrit donc dans un long processus de changements que le directeur devra mettre en place avec ses agents. Il constitue un travail de plusieurs années. Une fois les questions strictement architecturales réglées, se posent celles de la réorganisation du fonctionnement des services compte tenu d'impératifs ou de possibilités offertes par la structure du bâtiment neuf. C'est l'occasion de remettre en cause l'existant, d'analyser ses déficiences et donc la possibilité de procéder à un remaniement interne dans un but d'amélioration des services fournis aux usagers.

Outre les changements organisationnels, une reconstruction entraîne obligatoirement un déménagement. Il s'agit d'un évènement qui en soi n'a qu'une dimension matérielle, qui peut paraître banal, mais pouvant avoir des conséquences sur le comportement des acteurs non négligeables, notamment pour les résidents. Déplacer des personnes âgées institutionnalisées vers un nouveau lieu de vie génère des répercussions psychologiques inévitables, le risque le plus connu étant celui de la décompensation. La différence de configuration des locaux entre les deux structures peut amener une perte de repères cognitifs pour la personne âgée. Ainsi, une des manières d'atténuer les effets pervers est de réaliser le déménagement pour limiter les perturbations à l'égard des acteurs, tout en

les prenant en charge psychologiquement pour les préparer au changement qu'est le relogement dans de nouveaux locaux et la réorganisation des services.

En conséquence, pour conduire le changement et en limiter ses implications pouvant être préjudiciables, le directeur de l'établissement doit organiser le déménagement matériel, le transfert des résidents. Il doit également guider, accompagner les changements induits par leur nouveau lieu de vie auprès des agents. Son implication est essentielle pour la réussite de cette démarche.

Le management du changement repose sur une vision stratégique et une méthode opérationnelle, toutes deux fondées sur la psychologie. La sous-estimation du facteur humain est la cause principale de l'échec en matière de changement. Il ne peut s'imposer. Un accompagnement est nécessaire pour réduire l'impact négatif que tout changement peut avoir sur les individus.

A cette fin, le rôle de manager du directeur auprès de ses agents et des résidents, est primordial pour accompagner le changement. Il doit prendre en compte les résistances existantes et les vaincre, ainsi que l'environnement interne et externe de l'établissement sans perdre de vue sa mission principale, la prise en charge de la personne âgée accueillie.

Comment le directeur doit-il accompagner le changement au travers du projet de reconstruction de l'établissement, tout en garantissant une prise en charge de qualité aux résidents ?

Plus précisément, quel mode de management doit-il mettre en place ?

Comment faire accepter de tels changements (nouveaux locaux, nouvelles organisations) aux différents acteurs et les impliquer dans cette démarche pluriannuelle ?

Enfin, quelles sont les étapes à mettre en place pour réaliser le projet, et comment ?

Pour procéder à cette analyse, j'ai tout d'abord interviewé les différents acteurs du changement en cours au sein de l'établissement : sous forme d'entretiens libres et ouverts, les cadres de santé, le responsable des services techniques (responsable du chantier), certains résidents et agents du site du Bois Renoult ; et sous forme d'entretiens semi directifs, le directeur principal, responsable des travaux du nouvel Hôpital, le Directeur des Ressources humaines et des Admissions, le directeur des finances et de la logistique, et le psychologue de l'établissement.

En parallèle, j'ai réalisé deux types de questionnaires et procédé à leur analyse : le premier, à l'attention des agents des deux sites : le second, à l'attention des résidents du site du Bois Renoult (ceux concernés directement par la première phase) et de leurs familles.

J'ai également participé au comité de pilotage du déménagement, aux réunions de chantiers et de préparations du déménagement (logistique, organisation du travail, prise en charge du résident).

Enfin, j'ai suivi la formation à l'attention des agents pour la prise en charge du résident lors d'un changement de site.

De cette analyse, il découle qu'un contexte qui se prête au changement et qui le justifie, est nécessaire pour l'impulser et le conduire, afin que celui ne soit pas imposé aux agents de manière unilatérale par la Direction : la reconstruction du nouvel Hôpital qui du fait de la configuration de ses locaux induit naturellement le changement a opéré par le directeur (I).

Ensuite, il doit mettre en pratique un mode de management spécifique, le management participatif, afin d'accompagner et de réaliser le projet architectural et les modifications organisationnelles, notamment, qui en découlent. Le directeur s'inscrit dans une vision stratégique plus globale (II).

Enfin, il doit gérer le déménagement en lui-même sans occulter le facteur humain, tout en l'introduisant dans un processus plus global de changement. Le déménagement n'est pas une fin en soi. Il implique une modification de lieu, de mobilier, mais également induit dans un futur plus ou moins proche toute une série de changements (organisationnels, comportementaux, ....) (III).

# **1. La reconstruction de l'établissement : un évènement initiant le changement et légitimant l'action du directeur**

Il y a un moment pour changer, celui qui légitime l'action du directeur. Le changement se produit en réaction à un évènement : le projet architectural d'un établissement peut être ce déclencheur. L'H.L. de Montfort L'Amaury a mis en œuvre la reconstruction de ses locaux, devenus inadaptés à la prise en charge de ses résidents et patients. Ce projet doit être l'occasion pour le directeur d'améliorer la qualité des services délivrés aux usagers, au travers d'un mode de management spécifique pour accompagner le changement.

## **1.1 D'un établissement contraignant à un établissement adapté**

La reconstruction d'un établissement constitue une opportunité pour changer les modes d'organisation et les pratiques professionnelles des agents. Cependant, elle doit se justifier. En l'occurrence, du fait de la vétusté de ses bâtiments, l'établissement connaît certaines difficultés principalement d'ordre budgétaire et organisationnel.

### **1.1.1 Une reconstruction nécessaire**

#### **A) Une histoire**

L'établissement de Montfort L'Amaury, alors hospice, est créé en 1238 par Amaury V, Comte de Montfort et Connétable de France. En 1614, l'hospice est confié à une communauté de religieuses, les sœurs de Saint Paul de Chartres, et y resteront jusqu'en 1979.

Au début du 18<sup>ème</sup> siècle, la reconstruction de l'Hôpital est réalisée grâce aux donations, et il dispose, dès 1717, d'une capacité d'accueil de deux lits pour les hommes et de deux lits pour les femmes. A partir de 1793, la gestion est assurée par la municipalité. De 1796 à 1882, l'hospice accueille et entretient les enfants abandonnés.

Au cours du 19<sup>ème</sup> siècle, l'établissement connaît quelques restructurations et améliorations de ses locaux : en 1841, la chapelle est construite ; en 1882, un nouveau bâtiment relié aux anciennes constructions est créé. Il comprend une cuisine, une laverie et un chauffage.

L'établissement connaît au cours du 20<sup>ème</sup> siècle une alternance de construction de nouveaux locaux, de fermeture et d'ouverture de services. Tout d'abord, est construit en 1960, un nouveau bâtiment, sur le site de l'hôpital, correspondant au bâtiment comprenant actuellement les services Hortensia, Glaïeul, Fuchsia, Capucine (secteur Jacinthe); puis en 1968, la maison de retraite sur le site du Bois Renoult ; et enfin, en 1970, un nouveau bâtiment, correspondant au bâtiment comprenant actuellement les

services Bleuet, Églantine et Anémone (secteur Bleuet) sur le site de l'hôpital. A ce moment là, l'établissement a une capacité d'accueil de 235 lits. Cependant, les anciens bâtiments ne sont pas détruits et continuent d'accueillir les activités de l'hôpital.

En parallèle, la maternité est fermée en 1953, ainsi que les dix lits de moyen séjour en 1977 et les lits de médecine en 1996. Ces 24 lits de médecine sont transformés en lits de long séjour. Sa capacité d'accueil passe alors à 200 lits. L'hôpital devient un établissement à vocation gériatrique exclusivement.

Enfin, la section de cure médicale est créée avec 77 lits en 1983. En 1993, elle comprend 115 lits.

Malgré plusieurs projets de reconstruction des locaux du site de l'hôpital, l'établissement est menacé plusieurs fois de fermeture par les tutelles compte tenu de la vétusté des locaux et du coût des travaux.

Depuis 2002, une direction commune a été mise en place entre les H.L. de Montfort L'Amaury et de Houdan. Avec l'appui des tutelles, le Comité Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C.) est créé en mars 2003 ; et finalement, en septembre 2005, le plan de financement pour la reconstruction complète de l'hôpital et de la maison de retraite est autorisé par le Conseil d'Administration de l'H.L. et entériné par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S) des Yvelines.

## B) Un constat : des locaux inadaptés à la population accueillie

### a) *Population accueillie*<sup>3</sup>

La population accueillie au sein de l'établissement est une population de plus en dépendante : les résidents ayant un Groupe Iso Ressources (G.I.R.) 1 et 2 représentent 61 % de la population, soit les deux tiers. Or, plus la dépendance des résidents est importante, plus elle nécessite une prise en charge adaptée par le personnel soignant.

#### ▪ Sur le site du Bois Renoult

En 2006, la moyenne d'âge était de 80,8 ans, avec sept résidents de moins de 60 ans, le plus jeune étant âgé de 54 ans et le plus âgé de 102 ans. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont celles liées au vieillissement de la personne. Certains des résidents présentent également des pathologies liées à un alcoolisme chronique ou sont très dépendants. Toutefois, le constat de l'année 2006 permet de faire ressortir que la maison de retraite accueille de plus en plus de personnes présentant des troubles

---

<sup>3</sup> Cf. Annexe n° 1.

psychiatriques de l'ordre des psychoses chroniques qui, dans l'ensemble, sont stabilisées et pour lesquelles une prise en charge spécialisée est instaurée.

- Sur le site de l'hôpital

L'U.S.L.D. a un G.I.R. Moyen Pondéré (G.M.P.) de 778,28 pour les plus de 60 ans, du fait de la prise en charge de personnes présentant de lourdes pathologies neurologiques, cardio-vasculaires, endocriniennes, digestives, démentielles (type Alzheimer). L'unité de cure médicale prend en charge des personnes souffrant de pathologies dues au vieillissement physiologique de la personne, démences d'origine Alzheimer ou vasculaire.

*b) Équipe pluridisciplinaire / agents*

L'H.L. a à sa disposition une équipe pluridisciplinaire composée de 150 professionnels dont un ergothérapeute, un kinésithérapeute, deux aides kinésithérapeutes, 15 Infirmières diplômées d'État (I.D.E.), 33 aides-soignantes (A.S.), 65 Agents des Services Hospitaliers (A.S.H.), un psychologue, une animatrice et huit agents en cuisine. L'encadrement des services est assuré par trois cadres de santé. La prise en charge médicale est assurée par des médecins de ville (affectation d'un médecin « référent » par service) pour les lits de Maison de Retraite. Un médecin gériatre salarié prend en charge l'U.S.L.D.

En 2005, pour élaborer son bilan social, le service des Ressources humaines a diffusé auprès des agents un questionnaire de satisfaction : il en ressort que 65 % des agents, sur près de 20 % des agents y ayant répondu, estiment que les conditions de travail sont « moyennement adaptées ». Il n'y a pas de répercussion du taux d'absentéisme moyen par jour des agents : celui-ci est stable et dans la moyenne des établissements de santé à vocation gériatrique, soit 9.90 % en 2006 et 10.2 % en 2005.

*c) État des locaux*

L'établissement présente plusieurs caractéristiques posant des difficultés pour assurer une prise en charge des résidents de qualité.

En premier lieu, deux sites distincts (« hôpital » et « Bois Renault ») compliquent l'organisation générale, notamment hôtelière (restauration, entretien et maintenance, équipe de ménage-convoyage), mais aussi l'organisation des soins (permanence I.D.E. de nuit et organisation de la pharmacie). Ainsi, une équipe de convoyeurs a été mise en place pour effectuer le transport des chariots repas, de médicaments, de linges....

Le bâtiment de la maison de retraite est en forme de « U » et il comprend un rez-de-chaussée et un étage. Une grande salle commune au rez-de-chaussée sert de salle à manger, d'animation de rééducation et d'accueil des familles.

A contrario, le bâtiment de l'hôpital est composé de deux unités divisées en sept services, chacun disposant d'un office et d'une salle à manger – salon d'accueil.

En second lieu, la vétusté technique des locaux (fluides, électricité, isolation, sécurités diverses) rend difficile la maintenance et la réponse aux normes actuelles d'hygiène et de sécurité. La sécurité des résidents dans les anciens locaux n'est pas optimale : sur le site du Bois Renault, la commission de sécurité a donné un avis défavorable en novembre 2005, pour défaut de cloisonnement des locaux et de désenfumage, et mise en danger des résidents en cas d'incendie (multitude de petites marches dans les couloirs). Elle a eu pour conséquence d'obliger l'établissement à avoir deux agents de Sécurité Incendie et Assistance à Personnes de niveau 1 (S.S.I.A.P.1) présents la nuit. De même, cette commission a donné un autre avis défavorable pour le site de l'hôpital, le 29 mars 2007, avec l'obligation d'avoir trois agents S.S.I.A.P. 1 de nuit, du fait de la multitude d'issues rendant difficile la surveillance des résidents, la présence de petites marches dans les couloirs et la nature des sols ne permettant pas une sécurité optimale face aux chutes.

En troisième lieu, la configuration des locaux présente des difficultés de circulation à l'intérieur de l'établissement (demi niveaux, escaliers, nombre d'ascenseurs insuffisant, longs couloirs...). Les circulations ne sont pas adaptées aux personnes en fauteuil roulant.

Enfin, les locaux ne permettent pas de garantir l'intimité et le confort des résidents<sup>4</sup> : 66 lits en chambre individuelle sur un total de 200 lits, les autres lits étant en chambre double (46), triple (33) et voire même quadruple (4). Or, le nombre de chambres individuelles doit représenter au minimum 95 % de la capacité totale de l'établissement. De même, la superficie des chambres ne respectant pas les normes actuelles (minimum 20m<sup>2</sup> pour une chambre individuelle). Également, font défaut dans la plupart des chambres un cabinet de toilette adapté, une douche avec siphon de sol accessibles aux personnes à mobilité réduite dans les chambres, et de salles de bains collectives adaptées. Aussi, par rapport aux handicaps des personnes âgées, le mobilier non harmonisé est usé, voire plus adapté (fauteuils trop bas par exemple) et il n'y a pas de repères cognitifs. Et enfin, les espaces de convivialité pour les résidents font défaut : il n'y a pas d'espace accueil privatisé pour recevoir les familles.

Compte tenu de la vétusté des locaux et du niveau de dépendance des personnes accueillies (physique et psychologique), il apparaît que l'établissement ne semble plus

---

<sup>4</sup> Cf. Annexe n° 2.

adapté à une prise en charge de qualité des personnes accueillies, d'autant que leur niveau de dépendance augmente.

C) Une conséquence : des impacts directs sur l'image de l'établissement

L'établissement n'arrive plus à maintenir un taux d'activité suffisant pour équilibrer son budget : les recettes sont insuffisantes (son taux d'occupation<sup>5</sup> étant inférieur à celui prévu pour l'année 2007), les dépenses sont stables, et il a déjà un déficit à reprendre des années précédentes.

Plusieurs hypothèses expliquent cette situation. En premier lieu, compte tenu des caractéristiques des locaux, certaines chambres ne sont accessibles que pour des résidents plus ou moins valides pouvant monter ou descendre trois ou quatre marches régulièrement, ce qui entraîne des difficultés de remplissage dans les anciens locaux. En cas de perte d'autonomie, il faut donc leur trouver une autre chambre.

Le site du Bois Renoult a historiquement vocation à prendre en charge des personnes valides. Or, aujourd'hui grâce à une politique de maintien à domicile, les personnes âgées entrent en institution le plus tard possible quand elles sont dans l'impossibilité de rester à leur domicile. On constate que les demandes d'hébergement ne concernent que des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée à un stade avancé ou ayant des pathologies trop lourdes (patients en fin de vie) qui sont en inadéquation avec les locaux pour une prise en charge de qualité de ces personnes.

En second lieu, la concurrence privée est accrue dans le secteur ce qui entraîne non seulement des difficultés de remplissage des lits, mais également de recrutement de personnel qualifié. L'H.L. de Jouars-Pontchartrain, situé à 15 km, disposant de 84 lits de longs séjours, a rénové ses locaux, tout comme l'Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.) du centre hospitalier de Rambouillet, situé à 20km, et la Maison de retraite de La Queue Lez Yvelines, située à 5 km, disposant de 96 lits. Or, ces trois établissements ont une activité entrant en concurrence directe avec celle de l'H.L. de Montfort L'Amaury.

En troisième lieu, au début de l'année 2006, une chambre double<sup>6</sup> située au rez-de-chaussée a dû être fermée pour des raisons de sécurité dans le cadre des travaux de construction de la nouvelle structure. Depuis, la capacité d'accueil est de 74 résidents au lieu de 76.

---

<sup>5</sup> Cf. Annexe n° 3.

<sup>6</sup> Chambre dont les fenêtres se trouvent à un mètre des travaux de construction du nouveau bâtiment.

Un établissement réhabilité ou reconstruit permettrait de se repositionner correctement sur le marché, d'être et de faire la différence face à des exigences accrues, de manière à conserver les résidents actuels et à en accueillir de nouveaux. Seule la reconstruction totale de l'établissement permettra de répondre aux problèmes majeurs d'inadaptation et de vétusté des locaux.

### **1.1.2 Le projet de reconstruction de l'Hôpital Local de Montfort L'Amaury**

#### **A) Les étapes du projet architectural**

L'opération a pour objet la reconstruction de l'H.L. de Montfort L'Amaury et de regroupement de toutes ses activités, sur un site unique situé au Bois Renoult ; les bâtiments du centre ville sont inadaptés pour leur usage (topographie du terrain, disposition des bâtiments existants, difficultés d'accès et peu d'espace disponible pour les stationnements) et ne permettaient pas d'envisager une reconstruction sur place.

Cette structure sera, après reconstruction, un établissement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité totale de 200 lits.

Le projet s'effectue en trois phases :

- 1<sup>ère</sup> phase : la construction de la première aile comprenant 4 unités de résidence (80 lits) et certains locaux techniques et logistiques (locaux techniques, la cuisine, la pharmacie, les vestiaires, l'espace mortuaire) de novembre 2005 à avril 2007 ; elle est effectuée en dehors des bâtiments existants ;
- 2<sup>ème</sup> phase : le transfert des 68 résidents du site du Bois Renoult, l'aménagement du nouveau bâtiment et la démolition de la maison de retraite existante de mai à août 2007 ;
- 3<sup>ème</sup> phase : la construction des deux autres ailes. La première comprend une unité d'hébergement de 13 lits « Alzheimer », une unité de 17 lits d'hébergement, trois unités de 20 lits et deux unités de 16 lits ; la seconde, le hall d'accueil, les locaux techniques, les ateliers, une galerie de liaison, le plateau technique et les locaux administratifs (la fin des travaux prévus au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2009). Les anciens locaux situés sur le site de l'hôpital seront alors vendus.

Au total, l'hôpital sera opérationnel à l'issue de 35 mois de travaux et de réception de chantier.

## B) Un objectif : des locaux adaptés à la prise en charge de la personne âgée<sup>7</sup>

« L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée des personnes âgées dépendantes. L'espace doit être organisé pour garantir et favoriser orientation et déplacements dans les meilleures conditions de sécurité »<sup>8</sup>.

Dans cette optique, le nouvel établissement permettra de disposer à terme :

- d'un ensemble cohérent répondant aux normes de sécurité et d'hygiène, dans lequel la circulation des personnes âgées dépendantes mais aussi du personnel est facilitée, et optimisant les flux logistiques ;
- d'une cuisine centrale, d'une pharmacie à usage interne adaptée, d'un plateau technique kinésithérapie / ergothérapie, de locaux administratifs centralisés, d'un pôle animation avec une cuisine thérapeutique accessible aux personnes handicapées et des ateliers fonctionnels pour les services logistiques ;
- enfin, d'un aménagement paysager en accord avec le site classé de Montfort l'Amaury.

Ainsi, la disposition et l'agencement des nouveaux locaux devraient permettre de rationaliser au maximum les circuits logistiques et d'information, de limiter les déplacements dans un souci d'efficacité et de rapidité dans la réalisation des tâches, et enfin, de maximiser l'occupation de la surface disponible et la répartition de celle-ci entre les services.

La qualité de vie et la prise en charge des résidents étant liées à l'architecture intérieure de l'établissement, leur lieu de vie, les nouveaux locaux ont vocation à préserver l'intimité du résident et de son entourage, la convivialité, le lien social, mais aussi concilier liberté et sécurité. En effet, la position centrale du pavillon d'accueil lui permet de distribuer d'une manière directe et privilégiée les galeries des unités de résidence depuis le noyau des circulations verticales, ainsi toutes les unités de service sont reliées par ces galeries de liaisons, lieux de communication, de vie et de déambulation.

Les différents étages sont vus comme des quartiers ayant une vie sociale propre. Les galeries à tous les niveaux permettent la circulation des flux logistiques depuis les espaces de services et les circulations verticales (entre étages), ainsi que la circulation des résidents depuis les halls d'accueil. A la jonction des unités de service, les galeries extérieures abritent, dès l'entrée des unités, les salons d'étage, lieux de détente et d'accueil des familles, dont les terrasses s'ouvrent sur la « prairie » centrale et créent des repères pour les résidents.

---

<sup>7</sup> Cf. Annexe n° 2.

<sup>8</sup> Article 2, *Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes en institution*.

Chaque unité est différenciée par une couleur permettant aux résidents de se repérer. Au sein de chacune se trouve au centre des circulations un office ouvert sur la salle à manger, lieu de vie permettant de faire participer les résidents aux activités du service et de faciliter la surveillance par les agents.

Chaque chambre à une surface convenable (20 m<sup>2</sup> pour une chambre individuelle) permettant aux résidents d'installer des meubles personnels sans surcharger l'espace. Elles sont adaptées aux handicaps physiques et comprennent une salle de bain individuelle (lavabo, douche avec siphon de sol et sanitaire privé). Dans un souci d'intimité, plus de 90% des lits sont en chambres individuelles. Il n'y a plus de chambres à trois et quatre lits.

### C) Présentation du plan de financement<sup>9</sup>

Le plan de financement a été validé pour la somme de 27 millions d'euros. Il fait appel à des subventions, des prêts sans intérêt d'organismes sociaux (caisses de retraite), des apports de fonds propres (notamment la revente de l'hôpital) et des emprunts. Le projet de reconstruction est inscrit dans le contrat Plan État/Région pour les cinq années à venir. Le recours à l'emprunt peut induire un surcoût de fonctionnement. Les intérêts sont en effet couverts par la section d'exploitation du budget de l'établissement, et par l'amortissement du capital de l'emprunt.

Le directeur doit également prendre en compte les amortissements non entièrement amortis. En l'espèce, les amortissements des locaux du Bois Renoult et ses équipements ont été effectués sur 75 ans depuis 1968, et ne sont pas encore entièrement amortis. Or, ils vont être amenés à être détruits. Par conséquent, au niveau comptable, il faut reprendre ces amortissements et les inscrire au compte n° 675 (cession de bien non amortis) et leur valeur nette comptable sans contrepartie au n°775 car le prix de vente est nul. Ce coût financier représente pour 2007 une somme de 65 000 euros, soit l'équivalent deux Emplois à Temps Plein (ETP) en moyenne.

Enfin, le coût de la restructuration a un impact direct sur la section tarifaire du prix de journée. Celui-ci ne doit pas être trop important. Le tarif hébergement du prix de journée<sup>10</sup> a ainsi augmenté de 8,25 % entre 2005 et 2007 (ce qui ne permet pas la reprise de la totalité du déficit de l'établissement) et augmentera après la signature de la convention tripartite ; et le tarif de l'U.S.L.D. a haussé de 25 % pour anticiper sa signature. Initialement, l'impact de l'investissement sur le tarif hébergement se situait aux alentours de 24,40 euros. Après obtention d'une subvention complémentaire de 1.000.000 euros de

---

<sup>9</sup> Cf. Annexe n° 5.

la part du Conseil Général des Yvelines et compte tenu également des 600.000 euros complémentaires de l'État prévu dans le contrat Plan État/Région, cet impact ne serait plus que de 17,08 euros. Néanmoins, la réflexion relative aux économies de gestion à réaliser posait une augmentation acceptable du tarif hébergement à un maximum de 13,00 €, qui pourrait se faire grâce à un travail sur l'organisation du personnel avec une réduction des effectifs pour arriver à un total de 143,65 E.T.P. en fin d'opération<sup>11</sup>.

La vétusté des locaux ne peut indéfiniment freiner l'évolution des projets d'une maison de retraite et nuire au bien être de ses résidents. Un projet architectural, intégré dans un dynamique de changement, permet de résoudre cette problématique.

Une fois déterminé le moment propice au changement, la reconstruction de l'établissement, le directeur doit déterminer le mode de management qu'il doit mettre en place et positionner le projet architectural comme un outil porteur de son management.

## **1.2 Le management participatif : outil privilégié du directeur pour accompagner le changement**

La réalisation de l'impulsion et de l'accompagnement du changement est essentielle pour sa réussite. Le directeur doit procéder à des choix stratégiques : le mode de management choisi est primordial.

### **1.2.1 Le changement au sein des organisations**

#### **A) L'organisation comme système**

Avant toute chose, il faut définir le terme d' « organisation ». Pour Mintzberg, il s'agit d'« un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite d'une action commune ». Et pour Crozier, l'organisation est « un ensemble constitué en vue d'atteindre un but clairement défini, et ayant à sa disposition toute une série de procédés et de contrôles contraignants, permettant d'assurer la subordination de tous ces moyens, y compris des ressources humaines, à l'accomplissement de ce but et impliquant la nécessité d'unir les efforts d'un individu à celui des autres »<sup>12</sup>. Au final, elle se caractérise avant tout par ce que fait l'ensemble des acteurs qui la compose, et non par ce que fait chacun de ces acteurs pris individuellement.

---

<sup>10</sup> Cf. Annexe n° 4.

<sup>11</sup> Cf. Partie n° 2.1.1.

<sup>12</sup> LEFEVRE P., 2003, Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p.248.

Il découle de l'analyse de Crozier que l'organisation serait donc le produit d'un système, à savoir un ensemble constitué comme un champ structuré non neutre dont les différents éléments ont des conduites coordonnées et interdépendantes.

Si les systèmes ont été créés par les hommes comme solution aux problèmes d'action collective, d'interdépendance, ou de coopération et de conflit, leur existence reste un problème car elle dépend de la régulation de ces mêmes jeux dont les mécanismes sont structurés par les calculs rationnels et stratégiques des acteurs. Ces derniers ne sont pas purement passifs, ils ont la capacité d'influencer. De fait, leur *rationalité limitée* (Crozier) leur permet de développer des stratégies propres à leur fournir des solutions acceptables pour résoudre leurs problèmes dans le contexte dans lequel ils se trouvent. Ainsi, l'individu garde une autonomie par rapport à l'organisation, et développe une stratégie visant essentiellement à défendre ou à améliorer sa position dans le système.

En conséquence, le fonctionnement d'une organisation, en particulier s'il est perçu comme contraignant, va être détourné et évolué en fonction de stratégies individuelles par rapport à la règle. Ainsi, dans chaque situation de travail, l'acteur va chercher à optimiser ses gains ou à limiter ses pertes. Sa réussite dépendra de son pouvoir, c'est à dire de sa capacité à mobiliser des ressources pertinentes, d'augmenter ses marges de manoeuvres en vue de maîtriser les espaces de liberté ou les *zones d'incertitudes* (Crozier) existants dans le système pour influencer le comportement des autres acteurs. Ces marges, ces capacités d'action trouvent cependant des limites dans le cadre institutionnel, ainsi que dans le jeu des autres acteurs de l'organisation : elles dépendent du contrôle qu'un individu ou qu'un groupe peut exercer sur une *zone d'incertitude*.

Il en découle que le système d'organisation est équilibré par l'ensemble des stratégies de ses acteurs. Or, toutes les organisations sont confrontées à l'impérieuse nécessité d'évoluer : le changement s'impose à elles. Ainsi, « tout changement proposé pour l'épanouissement des individus, le développement de leurs activités ou l'amélioration du climat ou des performances de l'ensemble qu'ils constituent, passe par la transformation de ces systèmes<sup>13</sup> », ce à quoi devra s'attacher le directeur.

## B) Le changement dans le système

L'agent est acteur de l'organisation, produit du système, qui doit désormais être vue comme un « ensemble de comportements humains<sup>14</sup> ». En effet, selon Crozier et Friedberg, le changement en organisation s'analyse comme le résultat de l'adaptation des

---

<sup>13</sup> CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Dunod, p.202.

structures à leur environnement. Il ne peut être le résultat d'un décret, d'une série de nouvelles règles. Il doit associer les acteurs dans la représentation qu'ils se font de leurs intérêts. Il se définit alors comme la modification des comportements des acteurs du système.

Pour Crozier, « le changement réussi ne peut être la conséquence du remplacement d'un modèle ancien qui aurait été conçu par des sages quelconques. Il est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées voire créées les ressources et capacités des participants, nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux, dont la mise en œuvre permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain, et non comme une machine »<sup>15</sup>.

En conséquence, changer représente une action modificatrice du système ou du comportement dont la vision du résultat relève du champ de la perception individuelle en fonction du cadre de référence des acteurs et de leurs aspirations. La notion du temps et de son évaluation à la réalisation d'une action est différente en fonction des individus et de leur position dans le processus de changement.

Ainsi, pour changer au sein du système, le directeur doit s'intéresser aux effets organisationnels, et agir sur les jeux de pouvoir et les caractéristiques de l'organisation, notamment, les objectifs, la structure et les techniques, principalement celles de la gestion des ressources humaines.

## **1.2.2 Le processus de changement**

Le changement est un objectif autant qu'une manière de penser la vie et l'évolution de l'organisation. Il en découle qu'il nécessite du temps pour le conduire, pour y adhérer les acteurs, du fait de sa nature systémique. Il ne peut s'effectuer immédiatement au sein d'une organisation.

### **A) Le changement comme phénomène systémique**

Le changement n'implique pas une action globale. En effet, la nature systémique des organisations amène à considérer que chacun de ses éléments est cohérent les uns par rapport aux autres : chaque partie, même si elle est identifiable, est liée à un tout. En agissant sur une partie du système, on en modifie le fonctionnement global, ce qui entraîne d'autres changements et rend possible l'ensemble du processus.

---

<sup>14</sup> CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Dunod, p.7.

<sup>15</sup> Idem n° 14, p.6.

De plus, le caractère systémique du changement implique que l'action ne soit pas nécessairement linéaire. En effet, il apparaît difficile de changer en même temps le comportement de tous. Le directeur doit donc déterminer ce sur quoi il faut agir en priorité pour que le changement puisse aboutir. La *rationalité limitée* des acteurs leur confère une faculté d'adaptation. De fait, elle induit que le résultat de toute action devient pour partie aléatoire.

Le changement doit alors être vu comme un processus aléatoire et envisager par le directeur sous l'angle de la flexibilité. Il s'opère au travers d'une somme d'ajustements locaux où chaque nouvelle modification se fonde pour partie sur la précédente dans un processus incrémental, construisant ainsi une dynamique pour passer d'un mode de fonctionnement à un autre. Les changements réussis ne sont qu'une étape et les micros changements des sous systèmes se répercutent sur le système tout entier, ce qui amène des ajustements en série et des effets durables.

Ainsi, concevoir un processus de changement c'est accepter qu'il soit infini et que tout changement mis en place a une vie propre dont une partie échappe à l'auteur ou au concepteur. Le mode managérial du directeur doit par conséquent suivre ce processus et mettre en place une stratégie dite des « petits succès » dont on sait qu'ils sont mobilisateurs auprès des agents et qu'ils encouragent à poursuivre l'effort engagé.

#### B) Le processus d'intégration des acteurs au changement

Tout processus de changement implique des modifications irréversibles. Changer implique toujours la perte de quelque chose. Au sein d'une organisation, il s'agit du pouvoir que possède chaque acteur. Modifier le système engendre une modification des zones d'incertitudes, sources de leur pouvoir. Ce changement rompt l'équilibre instauré par des repères et des règles du jeu, et déstabilise les acteurs car il remet en cause leurs points de repère.

En conséquence, l'adaptation des acteurs aux changements opérés au sein d'une organisation, n'est pas un processus spontané. Elle se fera s'ils y trouvent un intérêt à le faire. De ce fait, en fonction des acteurs, elle exigera un effort plus ou moins douloureux de la part des individus.

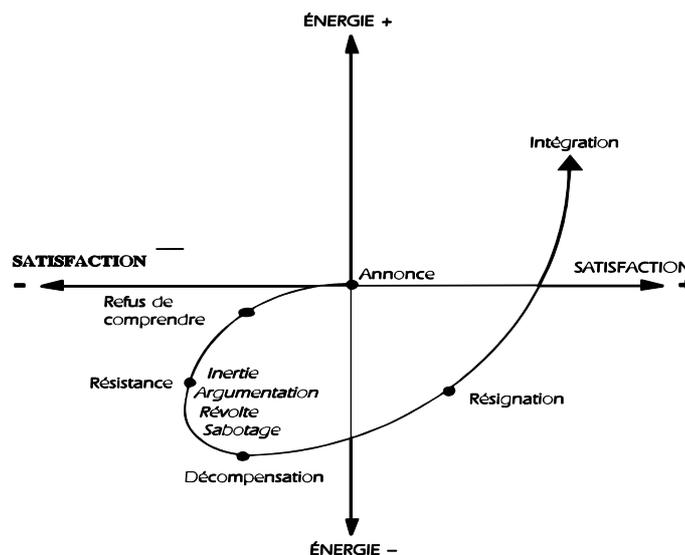
Ainsi, la durée de chaque étape du processus d'intégration dépend de l'attachement de chaque acteur à ce qui veut être changé et de sa capacité de visualiser les résultats de ce changement.

Pour chaque individu, le processus du changement s'opère en cinq phases<sup>16</sup> que le directeur doit prendre en considération pour le conduire :

- Le refus de comprendre : cette phase permet d'adapter la réalité de l'individu au résultat attendu ;
- La résistance : elle permet de réguler les abus de pouvoir et de domination statutaire. Elle se présente sous quatre formes : l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage ;
- La décompensation : elle représente l'abandon de toute forme de résistance et le commencement du travail de deuil ;
- La résignation : elle se caractérise par la démission de l'individu devant les pressions personnelles ou environnementales (fin du travail de deuil) ;
- L'intégration : il s'agit de l'acceptation totale du changement qui s'effectue en deux phases. D'abord, lors de l'intégration conceptuelle, l'individu accepte les raisons du changement et les résultats nouveaux qu'il va impliquer. Ses habitudes restent cependant encore présentes. Ensuite, lors de l'intégration comportementale, il adapte son comportement à ce changement, change ses habitudes, ses attitudes et son langage.

Pour D-G. Carton, chaque individu intègre les changements à partir du moment où il trouve un point d'équilibre entre la souffrance engendrée par ceux-ci et la satisfaction qu'ils pourraient leur procurer. Ainsi, lorsqu'une rupture ou une régulation ne correspond pas aux aspirations de notre interlocuteur, le processus du changement débute.

Le graphique<sup>17</sup> suivant décrit ce processus :



<sup>16</sup> CARTON G-D., 2006, *Éloge du changement*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Village mondial, pp.210-211.

<sup>17</sup> Idem n° 16, p.212.

### 1.2.3 Le management du changement

Le changement d'une organisation implique une action sur les structures, les mentalités et les techniques (modalités de prise en charge). Ces trois facteurs interagissent en permanence dans l'organisation sur lesquels portera le plan d'actions du directeur. Le changement sur les structures modifiera donc les méthodes de travail, les relations et les fonctionnements au sein de l'organisation.

Changer les structures et les mentalités nécessite la mise en place d'un accompagnement pour promouvoir le changement et éviter de se heurter à des résistances. Dès lors, il convient de s'interroger sur la manière de le conduire.

#### A) Le management participatif

Comme on l'a vu précédemment, le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. Il remet en cause le système par une modification des règles du jeu et de pouvoir. Les acteurs feront alors tout pour se prémunir et se protéger au mieux des risques qu'une telle redistribution des rôles représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement. Or, l'acteur intelligent n'acceptera de changer que s'il trouve sa place dans le nouveau système. Cette place, il ne la trouvera que par la compréhension de la situation, par une appropriation des solutions à l'élaboration desquelles il peut participer, et par sa motivation à changer.

En conséquence, on ne peut plus décréter le changement pour qu'il s'opère. Il faut convaincre ses acteurs, et également savoir où l'on veut aller. L'implication des agents est nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre le changement : sans compréhension et intégration de sa nécessité, il est très difficile de changer. C'est là qu'entre en scène la conduite du changement. Celle-ci doit permettre la transparence de la structure et la circulation de l'information : avec la connaissance, l'acteur acceptera de changer.

Face à ce constat, le directeur doit faire un choix stratégique pour manager le changement et limiter les résistances qu'il peut engendrer. Celui-ci peut se dérouler de trois manières :

- Le changement imposé : le directeur dispose de tout le pouvoir sans possibilité de le remettre en cause ;
- Le changement négocié : les pouvoirs sont répartis entre les collaborateurs (information, compétences particulières) et le directeur (hiérarchie). Il est réaliste et permet la reconnaissance des acteurs et de dégager leurs responsabilités. Cependant, il existe un risque d'instabilité et de manipulation ;
- Le changement participatif : le directeur a des pouvoirs équivalents à ceux de ses collaborateurs pour conduire le changement avec les mêmes objectifs. Une coopération est indispensable. Ce système permet de rassembler, de prendre des

initiatives, d'adhérer et de développer les relations, mais il prend du temps, coûte cher et les conflits sont possibles.

Il en ressort que conduire le changement, en faisant participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent, permet de vaincre leurs résistances : tel est le principal défi à relever par le directeur pour réussir le processus de changement. Par conséquent, il est nécessaire d'associer toutes les équipes à son pilotage : « la gestion qui nécessite en permanence contrôle et vérification à tous les niveaux hiérarchiques requiert un fonctionnement participatif pour être pleinement efficace<sup>18</sup> ».

## B) La conduite du changement

Le changement doit être en premier lieu initié et conduit par le directeur, tout en y associant les acteurs. En second lieu, il doit être porteur d'un futur. Il appartient ensuite au directeur de l'anticiper, de le préparer, de l'organiser et de le pérenniser. Pour cela, il doit avoir une gestion réaliste, fiable, concrète et projetée dans le futur. En troisième lieu, le directeur élabore un plan d'actions pour conduire le changement avec succès. Celui-ci doit permettre à l'ensemble des acteurs de percevoir sa nécessité. Il s'appuie sur des moyens existants indispensables à sa réalisation et sur des données fiables, et enfin, sur un projet ayant la capacité de mobiliser et de fédérer l'ensemble des acteurs : en l'occurrence la reconstruction du nouvel hôpital dans une perspective d'amélioration de la prise en charge des résidents et des conditions de travail des agents. Et en quatrième lieu, le directeur doit déterminer un moment propice pour impulser le changement. Ce dernier ne se produit pas quand il est nécessaire, mais quand il est possible. Le moment choisi doit correspondre à la rencontre entre une situation qui se dégrade d'une façon incontestable, et donc connue de tous, et le sentiment partagé par la majorité des acteurs qu'eux-mêmes ne peuvent, ni ne souhaitent continuer ainsi. En l'espèce, la vétusté et l'inadaptation des locaux ne permettent pas aux équipes de mettre en place de nouveaux projets dans les services, d'avoir des conditions de travail, et par conséquent, une prise en charge optimales.

En pratique, la conduite de changement organisationnel a pour objectif final de modifier le comportement des acteurs (pratiques professionnelles), partie prenante du système objet du changement. Pour arriver à ce résultat, le fonctionnement du système doit être modifié : le directeur doit alors définir des priorités dans le sens d'une hiérarchisation des actions à entreprendre, et des leviers représentant les endroits où il faut agir pour modifier le système dans le sens désiré. La démarche doit reposer sur une analyse de l'existant,

---

<sup>18</sup> CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Dunod, p.52.

sur une identification des besoins de formation des cadres intermédiaires en terme de conduite du changement, sur un niveau d'accompagnement adapté à chaque étape et des objectifs mesurables, sur une approche participative, et enfin, sur une mesure des résultats intermédiaires.

En conséquence, les étapes pour piloter le changement sont les suivantes :

- L'annonce exhaustive, factuelle et précise du projet impulsant le changement : son objectif est d'expliquer aux acteurs le projet, ses enjeux et ses perspectives. De la qualité de l'annonce dépendra l'intégration du changement : soit directement, soit indirectement, par le processus en cinq phases.

Dans cette démarche collective, la compréhension passe par la clarté de l'annonce. Si un membre du groupe comprend, il prendra le relais du pilote auprès de ses pairs. L'inertie est la forme privilégiée de résistance d'un groupe. Il faut faire émerger un leader (qui est pour le changement) avec qui le directeur pourra dialoguer sur le contenu et les buts du changement. Le leader peut argumenter pour le changement avec les membres du groupe contrairement au pilote.

- L'anticipation : Même s'il existe des aléas, il est nécessaire de réfléchir à l'avenir afin de décider d'actions dans le présent, en tenant compte de l'évolution l'environnement extérieur de l'H.L. Le fait de l'anticiper permet d'avancer progressivement vers le changement, en évitant ainsi d'engendrer ces effets pervers de résistances ou de régressions dues à une avancée trop importante. Pour cela, en application du management participatif, le directeur a à sa disposition une méthode : la recherche active, c'est à dire faire réfléchir un groupe de personnes sur les hypothèses du changement qui permet de réduire la pénibilité de son processus, d'éliminer les hypothèses non viables et d'élargir les perspectives ;
- La fixation d'objectifs faciles à atteindre : Le directeur doit accompagner la réflexion d'actions visibles et immédiates, afin d'éviter qu'un phénomène d'usure et de démotivation n'apparaisse.

Pour faire face à un environnement en pleine évolution, les organisations sont contraintes de se remettre perpétuellement en cause, elles sont propulsées dans la spirale du changement. Sa conduite est une pratique managériale. Mais, faire le lien entre les volontés de changements et leur mise en œuvre n'est pas toujours facile. Le changement ne fait pas forcément l'unanimité car il symbolise tout aussi bien le progrès, que le risque de perdre un existant connu. Au cœur du changement et de l'organisation, se trouvent les acteurs avec leurs capacités d'adaptation, mais également de résistances.

## **2. L'application du management participatif au projet de reconstruction de l'Hôpital local**

Le déménagement est un changement de prime abord seulement matériel : transfert d'un lieu à un autre. Mais les risques engendrés, antérieurs et postérieurs à l'événement, sont nombreux pour le pilote d'un tel projet : conflits sociaux, diminution de la qualité du service rendu, dégradation de l'image externe, démotivation, angoisse non gérée des personnes âgées et ses conséquences. Plus généralement, un projet de changement provoque des résistances : il est très difficile de faire le deuil d'une situation stable, de réorganiser les pratiques professionnelles.

L'accompagnement est nécessaire pour éviter, sinon réduire l'impact négatif que tout changement peut avoir sur les individus. Une reconstruction perturbe une routine bien établie et se heurte parfois à de fortes résistances. « Mal préparés ou mal compris, les changements entraînent blocages, démotivations et frustrations en tous genres »<sup>19</sup>.

Face à ce constat, pour accompagner et réussir le changement, un directeur doit en premier lieu déterminer quelles sont les résistances au projet de reconstruction de l'hôpital rencontrées du côté des acteurs du changement (résidents et agents) au sein de l'établissement, mais également des instances et des tutelles. Puis dans un second temps, il doit amener ces mêmes acteurs à modifier leurs habitudes et leurs cadres de référence pour trouver des bénéfices individuels et collectifs. Le directeur doit alors mettre en place alors des outils pour accompagner le changement dans des conditions optimales.

### **2.1 Les résistances des acteurs au changement : freins à la conduite du projet**

Le changement ne fait pas forcément l'unanimité car il symbolise tout aussi bien le progrès que le risque de perdre un existant connu : peur de perdre son savoir-faire, son pouvoir, ses repères... Une période d'adaptation peut être nécessaire. Un des premiers réflexes est donc de repousser le changement. Un des enjeux de sa conduite pour le directeur est de faire prendre conscience aux acteurs que la perte d'un existant et les risques inhérents sont justifiés par des progrès et améliorations à venir. Mais cela reste difficile : les individus ont du mal à se remettre en cause et à inventer un futur incertain

---

<sup>19</sup> FAYN M.- G, mars - avril 2006, « Communication et formation au service du changement », Revue hospitalière, n° 509, p18.

(organisations à revoir, locaux nouveaux...), d'où le développement de comportements de résistances. En l'espèce, ces freins aux changements sont de trois natures :

### **2.1.1 Les freins d'ordre budgétaire**

Le coût du projet est en lui-même un frein à son développement pour la D.D.A.S.S., les résidents et leurs familles. En effet, son coût a un impact direct sur le prix de journée (section hébergement). Ainsi, un premier projet de regroupement de l'ensemble des activités de l'H.L. sur le site du Bois Renault a été initié dès 1997. Il a fait l'objet d'une première phase d'études, de l'obtention d'un permis de construire et d'une consultation des entreprises menée à terme, mais déclarée infructueuse, les travaux envisagés n'étant pas en adéquation avec le budget prévisionnel de l'opération.

La réflexion relative aux économies de gestion à réaliser posait une augmentation acceptable du tarif hébergement à un maximum de 13,00 euros<sup>20</sup>. Ainsi, pour le faire accepter par la D.D.A.S.S. et le Conseil d'Administration, la direction s'est notamment engagée à limiter son impact financier, soit en pratique à :

- à geler le poste d'un directeur : l'équipe de direction est réduite à trois membres sur quatre ;
- à regrouper la gestion des services administratifs et techniques des deux H.L. de Montfort L'Amaury et de Houdan : un responsable marché, un responsable des services techniques, un adjoint des cadres affecté au ressources humaines notamment ;
- à supprimer des postes administratifs, des services généraux et d'animation ;
- à optimiser le fonctionnement grâce à l'unicité du site : diminution des allers-retours pour les transferts de médicaments, de linge, d'alimentation, de produits divers et variés entre les deux sites actuels et redéploiement des agents du service convoyage sur d'autres services ;
- à mener une politique d'économie, notamment sur les marchés passés par l'établissement ;
- enfin à maintenir les effectifs (I.D.E, A.S., A.S.H) et les moyens actuels durant la phase transitoire (malgré les transports entre les deux sites) et les réduire à la fin du projet : or, les nouveaux locaux de la maison de retraite sont constitués de quatre petites unités de 20 lits, engendrant une nouvelle réorganisation des services et des tâches, difficile à effectuer sans moyens supplémentaires de personnel ; de même, une fois l'établissement reconstruit, la direction, en accord avec les tutelles, a pour projet de

---

<sup>20</sup> Cf. Partie 1.1.2.C

prendre en charge une population plus dépendante ce qui peut signifier en plus d'une adaptation des pratiques et d'une incidence sur le budget (prix de journée), une nécessaire augmentation du nombre du personnel soignant en fonction du G.M.P. futur.

### **2.1.2 Les agents et leur difficile implication**

#### **A) Une multitude de projets avortés**

Les agents ont eu beaucoup de mal à croire dans le nouveau projet de reconstruction de l'H.L. En effet, depuis 15 ans, il y a une succession de projets architecturaux qui ont tous avortés. Le premier prévoyait la reconstruction du site de l'hôpital et a échoué car certains bâtiments sont classés. Le second envisageait la rénovation et la restructuration des locaux de l'hôpital, et a été avorté en raison du coût financier important pour la rénovation de locaux dont une partie est classée. Le troisième prévoyait la rénovation des locaux des deux sites, et le quatrième, la reconstruction de l'ensemble des locaux sur le site du Bois Renault. Ces deux derniers ont échoués également en raison de leur coût. Le cinquième est le projet actuel.

Ces quatre projets avortés qui ont mobilisés les équipes ont eu pour conséquence de démoraliser les agents et ces derniers n'y croyaient plus. Par conséquent, la nouvelle direction se trouvait confronté à un personnel démotivé lorsqu'elle leur a présenté le nouveau projet architectural : « c'est l'arlésienne », « encore un projet qui va tomber à l'eau ».

#### **B) Une nouvelle direction**

Un autre constat à mettre en parallèle montre le manque d'implication des agents au début du projet.

L'établissement et ses agents ont beaucoup soufferts : ils ont connu de nombreux changements de direction, plusieurs fermetures de différents services et il a été menacé de fermer à plusieurs reprises.

Le rapprochement des deux H.L. de Houdan et de Montfort L'Amaury par l'instauration d'une direction commune, originaire du premier établissement, a été maladroit. Il a eu pour conséquence que la nouvelle direction a d'abord été mal acceptée par les agents du second. Dès son arrivée, elle a souhaité modifier leurs méthodes de travail (cas de maltraitance physique et sexuelle manifestes et importants découverts), et « remettre sur

« pied » l'établissement en se servant du modèle de l'H.L. de Houdan. Elle était perçue comme « les envahisseurs<sup>21</sup> ».

Mais au final, l'ensemble des agents a fini par accepter cette nouvelle direction qui a revu les 35h00 à leur avantage, multiplié le nombre et les thèmes de formation (autres que sur la sécurité), rétabli le dialogue social, et surtout empêché la fermeture de l'établissement. Malgré cela, tout est difficile à mettre en place auprès des agents : ils conservent un sentiment persistant d'infériorité par rapport à l'H.L. de Houdan.

### C) La lourdeur des habitudes

Au niveau des pratiques professionnelles, l'H.L. a beaucoup de retard. Il n'est pas tourné vers le progrès et la transparence. On constate en ce sens que les pratiques professionnelles ne sont pas harmonisées entre les services. Certains agents refusent même les formations ou d'autres ne mettent pas en pratique les enseignements qu'ils ont reçus. Ils refusent la nouveauté et font pressions sur les nouveaux arrivants. Depuis deux ans, notamment pour préparer la visite d'accréditation version 1 de l'hôpital en novembre 2006, la direction a mis en place une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Mais, il s'agit d'un travail qui s'inscrit dans la durée, difficile à mettre en place et à en faire comprendre l'intérêt aux agents.

De même, la séparation de fonctions entre les A.S. et les A.S.H., qui n'existait pas avant l'arrivée de la nouvelle direction, a été difficilement acceptée et n'est toujours pas totalement effective.

De manière plus générale, les agents ne souhaitent pas changer leurs modes de travail malgré la nouvelle configuration des locaux figurant dans le projet de reconstruction. Ils ont peur du changement. Ils souhaitent garder le peu de pouvoir qu'ils possèdent au sein de la structure et qu'ils risquent de perdre en cas de changement. De ce fait, ils rejettent le projet car ils ne pensent pas que la configuration des locaux aura une incidence sur la prise en charge du résident. De plus, ils regrettent de quitter des locaux que beaucoup connaissent depuis le début de leur carrière (beaucoup d'agents ont commencé leur carrière à l'H.L.) : ils sont nostalgiques.

Enfin, la non implication des agents de l'hôpital est plus importante de fait sur le site de l'Hôpital que sur le site de la maison de retraite, et il existe très peu d'entraide, de solidarité entre les agents des deux sites, comme s'il s'agissait de deux établissements distincts.

---

<sup>21</sup> Propos recueillis auprès de la psychologue de l'établissement.

### 2.1.3 Le stress provoqué par le changement chez les agents et les résidents

Pour les acteurs qui ont intégré le changement engendré par le projet architectural, le changement est un événement stressant. Il en va ainsi notamment du relogement qui peut provoquer des effets préjudiciables et « entraver les chances de survie de la personne âgée »<sup>22</sup>. En conséquence, la personne qui vit cette expérience peut subir des conséquences négatives.

L'étude de Aldrich et de Mendkoff<sup>23</sup> montre que, suite à la fermeture d'un hôpital le taux de mortalité des personnes âgées relogés, est plus élevé, du fait de leur déplacement vers un autre établissement, que le taux habituel, notamment dans les trois premiers mois suivant le relogement.

Cependant, Horowitz et Schulz<sup>24</sup> précisent que les conditions influant sur l'adaptation au relogement sont la préparation, le consentement, certains traits de personnalité, l'état physique ou mental et le degré de changement environnemental impliqué : plus le nouvel environnement est différent de celui d'origine, plus l'adaptation à ce nouveau milieu sera ardue. Il existe trois niveaux selon Boureston et Tars<sup>25</sup> :

- subir un changement radical de résidence, c'est s'adapter non seulement à un nouvel environnement, mais aussi à de nouveaux préposés, programmes, résidents ;
- subir un déplacement moins important, c'est changer seulement de locaux ;
- ne subir aucun transfert. En conséquence, le taux de mortalité sera dégressif en fonction de la situation la moins traumatisante

L'adaptation à un milieu nouveau sera tributaire de deux facteurs intimement liés : « le degré de contrôle exercé par la personne et la prévisibilité du nouvelle environnement. La prévisibilité est en relation inverse avec l'ampleur du changement entraîné »<sup>26</sup>. Si l'environnement qui accueillera la personne âgée est très différent du milieu d'origine, il sera perçu comme imprévisible et fera appel d'une manière excessive aux capacités d'adaptation. A l'inverse, si le nouvel environnement est semblable au milieu d'origine ou en est très proche, l'adaptation devrait se faire plus naturellement.

---

<sup>22</sup> VEZINA J., CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., 1994, *Psychologie gérontologique*, Paris, Ga tan Morin, p.257, étude de Baglioni de 1989.

<sup>23</sup> Idem n 22 p258, étude de 1963.

<sup>24</sup> Idem n 22, p259, étude de 1983.

<sup>25</sup> Idem n 22, p260, étude de 1974.

<sup>26</sup> Idem n 22, p261, Théorie de Schulz et Brenner, 1977.

« La prévisibilité est en relation directe avec le niveau de préparation. Si la préparation est adéquate, le nouveau milieu s'approprie plus facilement car la personne a déjà l'impression de le connaître<sup>27</sup> ».

En conséquence, le sujet âgé fragile est susceptible de se décompenser lors d'un stress ou d'une pathologie aiguë même bénigne. Le stress ou la tension nerveuse est le syndrome général d'adaptation. C'est un ensemble de réaction physiologique ou psychologique qui se manifestent lorsqu'une personne est soumise à un changement de situation. C'est une sensation que l'on éprouve lorsque l'on est confronté à une situation à laquelle on ne croit pas pouvoir faire face correctement. La notion de stress regroupe le changement, la cause extérieure provoquant la réaction, l'agent stressant (la contrainte) et la réaction d'adaptation à cette contrainte (la tension nerveuse).

Or, la nouveauté des locaux (les résidents seront répartis sur quatre unités), du mobilier et la réorganisation des tâches pour les agents, source d'imprévisibilité quant à l'aménagement des locaux, ainsi que la différence de conception architecturale des deux structures ne peuvent qu'entraîner une perte des repères collectifs, non seulement pour les personnes âgées, mais également pour les agents (repères spatiaux et organisationnels). En conséquence, la peur de l'inconnu et cette perte de repères doivent être prises en charge avant le déménagement, c'est-à-dire avant le transfert physique des résidents et des différents services.

L'acteur acceptera le changement s'il y trouve un intérêt et s'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Par conséquent, le directeur qui introduit une telle démarche doit mettre en lumière le gain de celui-ci, lever toute ambiguïté sur les risques qu'il pourrait introduire. La résistance au changement viendra se nourrir des incertitudes et des contradictions. Pour cela, le directeur dispose de différents outils qu'il doit mettre en place avant le déménagement, événement matérialisant le changement.

## **2.2 Les outils du management : une clé pour l'adhésion des acteurs au changement**

Personne n'accepte un changement s'il n'a pas une idée précise de l'endroit où il va et de la manière dont ce changement modifie ses relations dans l'organisation ou dans l'environnement. Pour mener le changement, il faut en premier lieu gérer l'information des équipes sur toute la durée du processus, accompagner ensuite les acteurs dans la démarche de changement, et enfin, les faire participer. Ces trois étapes doivent permettre aux acteurs de s'approprier le changement, de l'accepter. Ainsi, au travers de ces trois

---

<sup>27</sup> Idem n° 26.

outils que sont la communication, l'accompagnement et la participation, le directeur peut faire face aux résistances que peut générer un tel projet de reconstruction et y impliquer les acteurs.

### **2.2.1 La communication auprès des acteurs du changement**

#### **A) La communication : un outil stratégique**

Aucun changement, aucun transfert et, finalement, aucun déménagement ne peut être envisagé sans une motivation forte, c'est-à-dire sans la possibilité de donner du sens à ce profond bouleversement. Pour se projeter dans l'avenir, le personnel doit comprendre les raisons de ces transformations et l'objectif final recherché.

Après avoir analysé la situation de départ et déterminé les différents freins au changement, le directeur organise la concertation, prépare l'annonce et consacre un temps pour le débat, l'appropriation et la maturation. La meilleure façon d'y parvenir, c'est d'informer honnêtement sur les raisons de l'opération, sur les conditions de sa mise en oeuvre, sur les difficultés, sur les bénéfices attendus, et d'en appeler au professionnalisme de chacun. L'objectif est que chacun puisse trouver individuellement sa place dans un processus d'intérêt général, à savoir les changements induits par les nouveaux locaux, et que, dans le même temps, le résident ne perçoive pas les préoccupations qui peuvent agiter son service d'accueil.

La communication est un outil d'aide pour le personnel à s'approprier ou se réapproprié un projet. Le changement ne s'impose pas. Provoquer le changement nécessite d'entrer en relation avec ses acteurs : dialoguer, coopérer, mettre en commun. La qualité de la communication est une condition fondamentale.

Elle permet d'assurer en continu l'articulation entre la stratégie du directeur, les ressources humaines et son plan d'actions pour accompagner le changement. Elle est un outil opérationnel au service de la conduite du changement et induit le dialogue social.

L'objectif est d'instaurer un climat de confiance et de communication ouverte : il faut donc éviter les messages flous qui souvent sèment le doute et la suspicion.

Le directeur doit informer sur le projet. Un projet partagé par l'ensemble du personnel est la formule clé du management participatif. Le projet doit être cohérent, évolutif, créateur de sens, source d'orientation et d'intérêt pour les agents concernés, pour être source de motivation et de mobilisation de l'intelligence. L'information qu'ils reçoivent doit permettre aux acteurs de comprendre les situations. A partir de là, ils accepteront le changement et aideront à la recherche de solutions qui ne soient pas seulement partisans.

Pour être efficace, la communication doit être rythmée et maîtrisée. A chaque étape, le message doit être cohérent avec les décisions prises, les moyens alloués et les actions qui en découlent. L'enjeu est de donner le bon message, au bon moment avec le bon média. Une action de communication pourra avoir pour effet soit de désamorcer des craintes latentes, soit de générer des résistances pouvant conduire à la condamnation du projet.

En début de projet, les messages diffusés doivent être simples et présentés les objectifs, les raisons, les enjeux du projet et ses lignes directrices, afin qu'ils soient compris par tous. Au cœur du projet, la communication doit aborder les détails du projet, ses applications et son évolution. Le but est de supprimer les rumeurs, les préjugés, et de gérer les situations de crise au fur et à mesure qu'elles arrivent. La communication doit permettre de surveiller et de faire évoluer l'image que les personnes ont du projet. Ainsi, durant le processus de changement, la communication sur les résultats obtenus permet de recadrer les perceptions individuelles et d'établir des conclusions sur les actions entreprises et celles à entreprendre. Progressivement, les résistances des différents acteurs s'estompent grâce à l'information. En fin de projet, les messages doivent se faire moindre car les acteurs sont pris dans le « tourbillon » de la fin de réalisation du projet. Tout s'enchaîne, ils sont dans le mouvement du changement. Aussi doivent-ils être percutants. Il est nécessaire qu'une personne dédiée au sein de l'équipe projet systématise et maîtrise la communication, le directeur en l'occurrence.

Au final, la communication a pour effet de créer les conditions d'un échange implicite : le directeur explique aux acteurs ses projets pour l'établissement et sa vision de l'avenir, laissant entrevoir une amélioration de leurs conditions de travail dans le futur et de la prise en charge des résidents. Et de ce fait, ils en viennent à donner leur accord à des mesures qu'ils auraient pu refusées.

Il est essentiel pour le directeur de communiquer sur le projet de reconstruction de l'Hôpital, non seulement en interne pour impliquer les acteurs (agents, résidents et familles), mais également à l'extérieur pour revaloriser l'établissement et le faire connaître.

## B) La communication interne

La communication auprès des agents et des résidents est primordiale pour faire accepter le projet. Elle permet de dessiner l'avenir et de donner une signification au projet, elle rompt avec la routine et l'opacité. Elle s'effectue dès l'approbation du projet par les instances et les tutelles.

La communication transmise doit être assimilée. Pour cela, elle nécessite la mobilisation d'un langage et le support est également important. La communication doit tenir compte des éléments d'interprétation de chacun.

Elle sera donc différente en fonction de son destinataire :

- L'information à destination des résidents : les résidents et leur famille ont été informés du projet dans ses grandes lignes, dès son approbation, au cours d'une réunion d'information menée par l'équipe de direction. Puis, ils l'ont été régulièrement au cours des réunions de familles, de différentes fêtes par le directeur et des Conseils de la Vie Sociale, en permanence par les agents, et enfin, mensuellement par le journal du résident (La Gazette de l'Hôpital et L'Écho du Bois Renoult). Pour les résidents du Bois Renoult, ils leurs suffisaient même de regarder à la fenêtre de leur chambre pour suivre les travaux de construction du nouveau bâtiment. L'objectif est de les rassurer sur le projet et les changements qui en suivront. Plus ils sont informés, plus ils connaissent le projet, moins les risques de stress sont importants : seul l'inconnu fait peur.
  
- L'information à destination des agents : de la même manière que pour les résidents, ils ont été informés dès le début du projet au cours d'une assemblée générale ; puis régulièrement au cours réunions par la direction, par leurs chefs de services, sur des notes de service, sur les panneaux d'affichage ou au cours de transmission ou encore en participant à des groupes de travail. Les agents ont été ainsi informés régulièrement des décisions prises de manière officielle ou informelle (transmission, pause).
  
- Le rôle du questionnaire<sup>28</sup> dans la communication sur le projet : deux questionnaires ont été distribués : un à l'attention des résidents et des familles de la maison de retraite, et l'autre à l'ensemble du personnel. Le premier objectif était de faire prendre conscience aux agents des enjeux pour l'établissement du projet de reconstruction. Ainsi, une majorité a intégré le fait que la nouvelle configuration des locaux modifiera leurs pratiques professionnelles, entraînera une réorganisation de leur travail et que ces changements seront bénéfiques pour eux et les résidents.  
Le second objectif de l'enquête était de déterminer s'ils se considéraient être suffisamment informés sur les conditions de réalisation du projet de reconstruction, son évolution et les conditions du déroulement du déménagement, afin d'ajuster au mieux la politique de communication de la direction sur le projet.

---

<sup>28</sup> Cf. Annexes n° 6 à 9.

L'enquête a fait apparaître que la grande majorité des agents du Bois Renoult se considère suffisamment informée de l'évolution des travaux et des conditions de réalisation du déménagement, contre seulement deux tiers des agents de l'hôpital. Plusieurs explications peuvent être avancées : les agents du Bois Renoult se situent juste à côté des travaux et peuvent suivre en direct leur état d'avancée ; et les deux tiers des agents du Bois Renoult ayant répondu au questionnaire font parti d'un groupe de travail relatif au transfert des résidents sur le projet contre 16 % des agents de l'hôpital.

Par contre, en ce qui concerne les familles et les résidents, il ressort de l'enquête que les résidents sont plus informés que leurs proches, c'est sûrement du au fait qu'ils se trouvent sur place. Cependant, les résidents souhaitent être plus tenus au courant de l'évolution des travaux, des conditions du déménagement, de l'impact des travaux sur le prix de journée, tandis que pour leurs proches, il s'agit de connaître les critères de relogement des résidents dans les nouveaux locaux et les modalités de fonctionnement des services logistiques dans les nouveaux locaux.

Cela révèle, à deux mois de leur transfert dans les nouveaux locaux, un manque important de communication sur le projet et sur les conditions de réalisation du déménagement envers les résidents. Par conséquent, le directeur a du adapter son plan de communication, et tenir une assemblée générale pour les agents et une réunion d'information à l'attention des résidents et des familles sur les éléments qui ressortent des réponses aux questionnaires.

- Les visites du chantier et des nouveaux locaux : les résidents, les familles et les agents ont eu la possibilité de visiter le chantier, une chambre témoin et l'ensemble des nouveaux locaux après leur réception par le maître d'ouvrage (le directeur) avec le cadre de santé de la maison de retraite et le responsable des services techniques, responsable du chantier. Ainsi, ils ont pu se faire progressivement une idée des nouveaux locaux, ayant pour conséquence de diminuer leur appréhension face au changement, de les rassurer. L'enquête, précédemment citée, a fait apparaître que 80 % des agents du Bois Renoult ont déjà visité les nouveaux locaux contre 58 % des agents de l'hôpital et à défaut, la majorité d'entre eux souhaiteraient les visiter, tout comme les trois quarts des résidents et l'ensemble de leurs proches, qui souhaitent également avoir une présentation des nouveaux locaux sur support vidéo.

### C) La communication externe

Le projet architectural doit être un prétexte à la communication. Il donne la possibilité de communiquer sur l'établissement : le commencement des travaux, les avancées, l'emménagement dans les nouveaux locaux, l'inauguration du nouvel Hôpital et les

missions en général de l'établissement. Le directeur doit structurer la communication pour mieux faire connaître l'avenir et l'évolution de l'H.L., son organisation et l'offre de soins qu'il propose en réponse aux besoins de santé et de prise en charge de la dépendance. L'enjeu pour le directeur est de faire changer les représentations de son établissement à l'extérieur.

La communication autour du projet permet de donner une image positive et vivante de l'établissement, de revaloriser le personnel qui y travaille et de le remotiver, et ainsi d'attirer des soignants peu enclins à venir travailler en gériatrie, ou encore dans des locaux vétustes et inadaptés à une prise en charge de qualité des résidents.

De même, communiquer vers l'extérieur, c'est promouvoir l'établissement auprès des tutelles que sont la D.D.A.S.S. et le Conseil Général.

Le projet de reconstruction du nouvel Hôpital et le déménagement de la maison de retraite sont couverts par deux journaux du département des Yvelines : un article notamment a été publié avec une photographie montrant Charles Aznavour, parrain du projet, poser la première pierre du nouveau bâtiment. L'établissement a également modifié ses plaquettes d'informations.

### **2.2.2 L'accompagnement des acteurs du changement**

L'accompagnement a pour objectif principal de rassurer les acteurs du changement, ainsi que de les y préparer, de diminuer leur stress à l'égard du déménagement. Le directeur doit par conséquent prévoir les modalités d'accompagnement des résidents, plus fragiles, mais également des agents.

#### **A) L'accompagnement des agents**

Il s'effectue au travers de la formation qui a pour objectif de préparer au changement, et du soutien du directeur auprès des agents au regard de leurs initiatives et implications.

##### **a) *La formation***

Comme on l'a vu précédemment, les agents peuvent avoir peur du changement. Celui-ci suppose une réorganisation de leurs tâches, une modification de leurs méthodes de travail en plus d'un changement de locaux. Également, ils peuvent avoir peur de ne pas être à la hauteur pour continuer à exercer correctement leur travail, et notamment gérer, prendre en charge de manière efficace les résidents, plus sensibles au changement : stress dû à la modification de leur lieu de vie et au fait qu'ils sont acteurs du changement, mais ils le subissent plus qu'ils n'y participent. En ce sens, les risques de décompensation des personnes âgées démentes ou d'aggravation de l'orientation dans le temps et l'espace des malades Alzheimer engendrent un stress plus important pour les agents et

les épuisent. Un accompagnement est alors nécessaire pour les aider à réagir de manière adaptée face aux situations d'angoisse des résidents et pour les soutenir dans leur action.

La formation est l'une des clés du changement. Elle permet de préparer les agents aux modifications dans leur vie professionnelle que vont engendrer le projet de reconstruction de l'H.L. Elle tient une place essentielle dans la stratégie en raison de son impact sur les adaptations nécessaires : elle redynamise les agents qui en bénéficient, favorise l'adaptation de leurs compétences et met en adéquation l'offre de services et les besoins de la personne accueillie, trois points essentiels pour mener le changement.

En conséquence, la formation doit être l'un des premiers leviers mobilisés par le directeur dans le projet de changement car il faut dispenser aux acteurs le savoir et les connaissances indispensables à la réalisation des nouvelles tâches qui leur seront confiées.

Pour être efficace, la formation doit être évaluée et anticipée. Le directeur identifie le besoin de formation à partir de l'écart entre les connaissances attendues et les connaissances réelles : en l'espèce, savoir gérer le stress des résidents causé par le projet de reconstruction, et notamment le jour du déménagement, et la courte période d'adaptation qui suit (les trois premiers mois).

Une collaboration avec les ressources humaines doit exister : formations liées au projet à intégrer au plan de formation, redéfinition de certains postes en accord avec les pratiques.

Le déménagement ayant lieu en mai 2007, le directeur a fait appel à un organisme de formation extérieur qui intervient en plusieurs étapes de janvier à septembre 2007, en amont, pendant et en aval du transfert des résidents dans leur nouveau lieu de vie. Avant le déménagement, il s'agit de former et de soutenir les agents dans leurs actions pour mener le transfert des résidents. Juste après le déménagement, le formateur, avec les agents, effectue un premier bilan à chaud, fournit des solutions pratiques aux problèmes rencontrés quotidiennement par ces derniers pour la prise en charge des résidents, et les soutient dans leurs actions. Et enfin, un bilan complet sera effectué avec du recul en septembre 2007.

Le but de la formation proposée est de prévenir les répercussions liées au transfert, de faciliter l'adaptation psychologique des personnes âgées à la nouvelle situation, et de limiter les éventuelles dégradations de l'état de dépendance des résidents.

Ses objectifs sont de préparer les agents, et par leur intermédiaire les résidents, au transfert dans les nouveaux locaux, et plus précisément :

- Informer l'ensemble du personnel des risques engendrés par la situation de transfert et la démarche qui sera mise en œuvre pour prévenir et limiter les risques ;
- Évaluer la dépendance psychique de la population à transférer, afin de déterminer concrètement comment construire cet accompagnement au quotidien et identifier parmi la population les sujets les plus à risque ;
- Doter chaque agent des éléments de connaissance nécessaire et des outils psychologiques indispensables, leur permettant de mieux comprendre les comportements réactionnels observés, afin de les aider à mettre en œuvre des solutions adaptées à chaque cas (quelque soit l'état mental et/ou physique des personnes) ;
- Connaître le nouveau lieu de vie, afin d'adapter les solutions retenues aux données architecturales (contraintes et possibilités) ;
- Travailler avec les équipes de soins pour aménager leur propre transfert ;
- Définir la logistique, le déroulement, l'ordonnancement du transfert lui-même ;
- Associer les familles sur lesquelles un appui est possible ;
- Enfin, informer, rassurer, aider, faciliter le passage pour le résident au travers de l'ensemble structuré de la démarche mise en œuvre avec chacun.

À deux mois du transfert des résidents dans le nouvel établissement, l'enquête réalisée<sup>29</sup> auprès des agents a mis en exergue que la majorité des agents du Bois Renoult se considère suffisamment bien préparée à la prise en charge des résidents lors du déménagement. De même, ils connaissent les risques encourus par ceux-ci lors du déménagement, mais seulement 70 % d'entre eux savent les prévenir. Au contraire, les trois quarts des agents de l'hôpital se considèrent comme insuffisamment préparés à leur prise en charge lors du déménagement. Par contre, les deux tiers connaissent les risques encourus par les résidents lors de cet événement, mais seulement un tiers sait les prévenir.

Ainsi, cette enquête a permis de déterminer que le premier temps de la formation pour l'accompagnement des personnes âgées menée auprès des agents du Bois Renoult avait été bénéfique. Elle a ensuite été communiquée au formateur pour l'adapter aux besoins des agents, tel qu'il en ressort de l'enquête.

---

<sup>29</sup> Cf. Annexes n° 6 et 7.

Au final, la formation constitue un outil d'accélération du changement. Elle offre une opportunité de rénovation des pratiques professionnelles. Il est nécessaire que le directeur valorise par la suite l'expérience des personnes ayant participé au projet. Les agents du Bois Renoult, ayant participé à la première phase du changement, à savoir le déménagement de la maison de retraite, seront mis à contribution lors de la seconde phase pour soutenir, former et informer leurs collègues de l'hôpital : ils partageront leur expérience pour les aider à mieux gérer le changement.

*b) Le soutien du directeur*

La formation seule ne suffit pas. Le directeur a également un rôle important et direct dans l'accompagnement des agents. Il doit les soutenir dans la mise en œuvre de projets de service ou d'actions, spécifiques aux changements menés par le directeur, initiés par le groupe de pilotage.

De même, il doit être présent pour chaque agent qui ressent des difficultés qui sont de deux ordres, parfois difficiles à concilier. La prise en charge des résidents, perturbés par les changements opérés, devient de plus en plus difficile au fur et à mesure de l'avancement du projet. Et en parallèle, les agents doivent accepter à titre personnel les changements qu'il engendre dans leurs pratiques quotidiennes, et ensuite s'impliquer dans le projet.

**B) L'accompagnement des résidents**

Déplacer des personnes âgées institutionnalisées vers un nouveau lieu de vie génère des répercussions psychologiques inévitables. Pour éviter cela, le transfert doit s'accompagner d'une démarche de prévention, prenant en compte des conséquences dues aux ruptures engendrées chez la personne âgées : perte du sentiment de sécurité, perte de repères, angoisses, manifestations comportementales relationnelles diverses.

Le directeur a mis en place pour se faire plusieurs plans d'actions complémentaires :

- Mise en place d'une cellule d'accompagnement : elle est pluridisciplinaire – I.D.E., A.S., A.S.H. - et composée uniquement du personnel de la maison de retraite. Il s'agit d'agents référents. Elle a pour mission de se mettre à la disposition des agents pour assurer une présence, un accompagnement personnalisé des résidents le jour du transfert ;
- Construction des projets individuels : les éléments du projet individuel de prise en charge découlent pour une grande partie de l'analyse du bilan individuel des ressources et de l'état de dépendance des résidents. Le recueil des données est effectué au quotidien par l'observation et la vigilance faite par tout agent, et également par le psychologue de l'établissement au cours d'entretiens individuels, sous la forme

d'un questionnaire semi directif, auprès de chaque résident pour déterminer les plus sensibles.

Par exemple, si le sujet âgé est dément, les agents pourront savoir dès ce stade qu'ils ne pourront pas compter sur ses ressources cognitives pour aider son transfert. Il sera donc transféré dans les premiers, et un effort particulier sera fait pour le maintien de ses repères. De même, il existe un risque de décompensation post-déménagement, aggravant son état de santé. Pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, un déménagement peut provoquer une aggravation de leur désorientation dans le temps et dans l'espace.

L'enquête réalisée<sup>30</sup> a permis à cet égard d'apporter quelques précisions : la majorité des résidents et de leurs proches sollicitent un accompagnement lors du déménagement. Mais celui-ci doit se faire au cas par cas en fonction des besoins de chacun : un accompagnement pré, pendant et/ou post-déménagement, qui peut être psychologique, matériel, réalisé par la famille ou les équipes soignantes<sup>31</sup> ;

- Mise en place d'une permanence médicale et psychologique le jour du déménagement ;
- Élaboration de guides de comportements généraux (communs à l'ensemble de la population) et spécifiques aux différents groupes identifiés (refus de suivre les agents dans les nouveaux locaux par exemple) ;
- Accompagnement matériel au déménagement : organisation des visites de la chambre témoin et du site pour les soignants et les résidents/familles, préparations et mise en cartons des affaires des pensionnaires ;
- Aider au deuil des anciens locaux : la maison de retraite du Bois Renoult est un lieu de vie et pour certains depuis plus de 20 ans. Il est nécessaire qu'il puisse faire le deuil de leur logement afin que le changement s'effectue dans de bonnes conditions, qu'il soit accepté par tous et que la destruction de l'ancien bâtiment ne provoque pas de traumatismes. Pour faciliter, les choses, la direction a organisé une fête dite « d'adieu » dans les anciens locaux avant le transfert des résidents : repas de fête, animation, thé dansant, projection du film réalisé par l'animatrice présentant les résidents, les agents et les locaux de l'ancienne maison de retraite, ainsi que le nouvel établissement construit.

---

<sup>30</sup> Cf. Annexes n° 8 et 9.

<sup>31</sup> Les résidents et les proches, ayant ajouté au questionnaire la plupart du temps leur nom, ont précisé leurs besoins spécifiques en matière d'accompagnement pré, pendant et post-déménagement, facilitant le travail des soignants.

### 2.2.3 La participation des acteurs du changement

Un projet de cette ampleur ne peut être porté que par la direction. Il est nécessaire d'impliquer les acteurs concernés au projet de reconstruction. Ainsi, en les y associant et en leur permettant de la participer à sa réalisation, le directeur montre l'importance et la valeur qu'il accorde aux agents. Mobiliser le personnel autour d'un projet permet de remotiver les équipes. Faire participer les résidents, les familles et les agents est nécessaire, mais pas forcément aisé : cela ne suppose pas seulement d'informer ou de communiquer, mais également de donner à ceux qui sont sollicités une véritable influence sur la décision ou sur les modalités de mise en œuvre, ainsi qu'un certain contrôle sur la mise en place et les conséquences du projet.

#### A) La participation des agents

En tant que directeur de structure sanitaire et sociale, il est primordial d'accompagner le changement avec tout le personnel, et de façon plus importante encore avec les soignants : l'association des agents à la construction et à la réalisation d'un projet commun est fédératrice. Pour les agents, ce qui sera déterminant, c'est la mise en œuvre, c'est à dire la façon dont on partagera le problème avec eux et dont on les associera à la recherche de solutions. Sans reconnaissance, il ne peut y avoir d'implication. Les agents ont besoin d'être soutenus dans leurs demandes et d'être entendus, afin d'éviter des dysfonctionnements chroniques : absentéisme, mauvaise communication entre et dans les services... C'est pourquoi il semble primordial de prouver au personnel sa spécificité et sa valeur professionnelle : leur participation à un groupe de travail sur le projet permet au directeur de combiner ses deux conditions. Il doit donc privilégier cet outil.

La constitution de groupes de travail est un facteur clé de succès pour conduire le changement. La connaissance est partagée, tout comme le pouvoir entre les acteurs. Ainsi, ils peuvent percevoir les différents liens qui les unissent aux autres agents et comprendre le fonctionnement de l'ensemble du système (organisation, circuits, communication...). Cette perception leur permettra de déterminer ce qu'il faut changer, sans qu'il soit nécessaire que le directeur leur propose des directions à suivre pour procéder au changement adéquat. Par conséquent, il est nécessaire d'associer le plus grand nombre d'agents à la recherche de solutions.

Le directeur, après avoir constitué un groupe de pilotage du projet (composé de la direction et des chefs de services : cadres de santé, services techniques, cuisine, lingerie, pharmacie), met en place plusieurs groupes de travail en fonction de l'importance du projet. Cependant, le directeur doit suffisamment intégrer les équipes au projet et ne pas limiter leur travail à la formation ou à la communication.

En l'espèce, trois groupes de travail ont été composés, abordant chacun une problématique distincte :

- la réorganisation du travail : le changement architectural impose de repenser le fonctionnement interne et externe de l'établissement. Afin d'impulser une nouvelle dynamique de soins, il est indispensable d'avoir un regard sur l'organisation des espaces individuels et collectifs, donc sur la relation entre les murs et ceux qui les habitent. La contribution des soignants est alors essentielle. Dans les nouveaux locaux, chaque unité devra être identique en matière d'organisation des tâches. Travailler sur l'organisation du travail a permis aux agents de prendre en compte le fonctionnement futur au sein du nouvel établissement ;
- la logistique (pré, pendant et post-déménagement)<sup>32</sup> ;
- l'accompagnement des résidents : l'objectif de ce dernier groupe est d'envisager les conséquences du transfert au regard de la psychologie des personnes âgées, de leur dimension pathologique et des troubles du comportement, tout en prenant en compte les contraintes et les possibilités de l'environnement du nouveau lieu de vie.

Des groupes de travail intra service ont également été constitués. Les référents (I.D.E. et A.S.) participent au recueil de données dans leur service sous le contrôle et l'aide du cadre de santé auprès des résidents (choix de la chambre dans les nouveaux locaux, sentiments à l'égard du changement ...). D'autres analysent, diagnostiquent leur état de dépendance psychique (bilan psychologique des fonctions cognitives de chaque individu) et dépistent la population à risque, les symptômes étant le repli sur soi, l'insomnie, les chutes, l'agressivité, les plaintes, la douleur, la fatigue, et le manque d'appétit.

Au final, la dynamique de groupe a permis de :

- mettre en place une idée professionnelle positive, faire prendre conscience au personnel de sa valeur au sein de l'établissement et de son importance auprès des personnes âgées ;
- faire prendre conscience des enjeux de l'architecture dans les relations entre professionnels et avec les personnes âgées et leurs familles ;
- impliquer progressivement les agents au projet.

#### B) La participation des résidents et des familles

Même si les résidents et les familles ont un rôle moindre à jouer dans le projet de reconstruction, ils en subissent les effets : ils vont changer de résidence, de lieu de vie et l'organisation des services va évoluer, ce qui influera sur leur vie au quotidien, voire

---

<sup>32</sup> Cf. Partie n° 3.1.

pourra provoquer des effets pervers<sup>33</sup>. Afin de les atténuer, et également pour les impliquer, le directeur doit les faire participer au projet.

Ainsi, certaines décisions relatives au projet de reconstruction de l'établissement ont été prises par les résidents eux-mêmes : tout d'abord, ils ont pu choisir au cours d'une assemblée générale le thème du nom des unités, à savoir les personnes célèbres ayant vécu à Montfort L'Amaury. En même temps, cette participation a permis de réaliser un travail sur leur mémoire.

Ensuite, une équipe de soignants a interrogé individuellement chaque résident de la maison de retraite afin de connaître leur choix quant à leurs voisins de chambre et de table, et quant à l'orientation de leur chambre au sein des nouveaux locaux (en face des anciens bâtiments, vue sur le pré avec les chevaux ou la rivière), en priorisant leurs vœux. Ainsi, cette équipe a pu établir un plan de chambres. Elle a ainsi pu constater l'importance de cette initiative auprès des résidents : cette enquête leur a montré qu'on ne les oubliait pas dans le projet, qu'ils y avaient une place importante. Cette enquête, faite quinze jours avant le déménagement, a eu pour effet de les rassurer et répondait à une demande des résidents et de leurs proches<sup>34</sup>.

### C) L'implication des acteurs par l'enquête

Afin d'impliquer tous les acteurs de la vie de l'établissement, l'avis des agents de l'établissement, des familles et les résidents du Bois Renoult a été recherché par questionnaires<sup>35</sup>. Ils leur ont été adressés fin mars 2007, soit deux mois avant le déménagement de la maison de retraite.

Ces différentes enquêtes ont permis de mettre en exergue que l'ensemble des agents a une vision positive de la reconstruction de l'établissement, et que par contre, ceux du site de l'hôpital ne se sentent pas directement concernés par le déménagement de la maison de retraite, et indirectement par le projet de reconstruction de l'établissement.

Une fois que le directeur a, par son management participatif, réussi à gommer les résistances qui ont pu exister à l'encontre du projet de reconstruction de l'établissement et à associer les acteurs au processus de changement, il doit se concentrer sur l'aspect matériel de la réalisation du projet.

---

<sup>33</sup> Cf. Partie n° 2.1.3.

<sup>34</sup> Cf. Annexe n° 8 et 9.

<sup>35</sup> Cf. Annexe n° 6 à 9.

### **3. La réalisation du déménagement de la maison de retraite : un enseignement pour mener à bien la seconde phase du projet**

Le changement requiert du temps et des conditions propices. Il n'existe pas de « Jour J » : le déménagement, le transfert de 68 résidents dans de nouveaux locaux ne fait pas à lui seul le changement. L'appropriation du changement est un processus long, constituant cependant la condition indispensable d'un changement « réussi ». La phase de maturation s'avère indispensable. Il faut donc une préparation plus ou moins lente. Les réalités nouvelles, avec leurs incidences sur les pratiques, supposent inévitablement un temps d'ingestion variable selon que le changement modifie profondément ou non les habitudes. Cependant, cette maturation n'est pas exclusivement conditionnée par la phase de préparation.

Le directeur doit donc développer une stratégie de management qui prend en compte la variable temps. La conduite de projet doit être adaptée à cette variable, commencé dès l'acceptation du projet par les instances et les tutelles. Le plan d'actions sera alors crescendo jusqu'au premier déménagement, puis, après une période de bilans, reprendra pour mener à bien la seconde phase du projet.

#### **3.1 La première étape du changement : le déménagement de la maison de retraite**

Le plan d'action mené en l'espèce comprend plusieurs étapes :

- L'étude permet d'analyser les impacts du projet et de prévoir les accompagnements à mettre en œuvre ;
- La définition des actions et leur mise en œuvre pour atteindre la situation cible, savoir le transfert des 68 résidents : des actions de communication et de formation permettent d'effectuer la transition ;
- La réalisation du premier déménagement et son bilan.

##### **3.1.1 La préparation de la première phase du projet : l'amorce du changement<sup>36</sup>**

Au cours de la phase de préparation du déménagement, il est primordial que les acteurs aient compris et adhéré au projet.

---

<sup>36</sup> Cf. Annexe n° 10.

La préparation se déroule en deux temps : une préparation du projet qui commence dès son annonce et vise l'ensemble du changement ; une seconde, plus matérielle, qui organise l'une des étapes du changement, le transfert des résidents de la maison de retraite dans les nouveaux locaux.

A) L'amorce des travaux : le lancement des préparatifs

Le projet de reconstruction de l'établissement a été validé en novembre 2005 par le Conseil d'Administration et la D.D.A.S.S. Le directeur a commencé alors à mettre en place la conduite du changement opérée par ce projet. Elle s'inscrit dans la continuité de l'accréditation de l'hôpital en 2006 et du projet de convention tripartite (en cours de négociations à ce jour). Ainsi, en avril 2006, l'établissement s'est doté d'un logiciel qualité (plate-forme BLUE MEDI), destiné au management de la qualité et de la gestion des risques. De même, sur le site de l'hôpital, afin de préparer l'accréditation de l'établissement, des groupes d'auto évaluation ont été constitués. Leurs réalisations ont permis de mettre en place le nouveau dossier résident dans un but d'harmonisation des pratiques professionnelles.

Sur le site du Bois Renoult, au cours de l'année 2006, des réunions de travail composées exclusivement des agents du Bois Renoult ont eu lieu dans l'objectif de préparer au mieux le déménagement de la maison de retraite dans la nouvelle structure, ainsi que d'améliorer les conditions de travail et la prise en charge des résidents. Ces réunions avaient pour thème « l'organisation de travail », « l'organisation des fonctions logistiques avec les services de soins » et « l'accompagnement de la personne âgée ».

a) *La logistique*

Conduire le changement nécessite pour le directeur de conceptualiser une logique particulière en terme d'organisation. Penser l'organisation est le point de départ, la porte d'entrée du changement.

Le directeur, secondé par des groupes de travail, a suivi trois orientations pour mener la conduite de projet :

- Maintenir la continuité du service, c'est à dire prévoir l'exécution des travaux sans interruption du fonctionnement de l'établissement : la direction prévoit de maintenir son activité, et donc ne souhaite pas supprimer de lits. Seule une chambre sur le site du Bois Renoult sera condamnée durant la réalisation de la première phase pour des raisons de sécurité ;
- Penser aux circuits (organisationnels et logistiques) dans les nouveaux locaux et lors de la phase de transition : leur structure même ne permet pas de conserver les circuits tels qu'ils existent dans l'ancien bâtiment. Il faut également repenser totalement les

modes de fonctionnement de la cuisine, du convoyage et de la pharmacie, puisque ses services ne seront plus sur le site de l'hôpital, ils seront transférés dans les nouveaux locaux. Toute l'organisation est donc inversée. Par exemple, il ne s'agit plus de livrer les repas pour 76 résidents, mais pour 120 résidents.

Enfin, c'est l'occasion de faire une étude technique sur le câblage du chantier au niveau informatique (interfaces informatiques) et de l'insérer au projet de reconstruction pour que dans un futur proche par exemple les ordonnances des médecins ou le dossier patient puissent être informatisés sur tout l'établissement ;

- Préparer la logistique du déménagement : il est nécessaire de mettre au point un plan de transfert des résidents et du personnel assurant leur sécurité et leur qualité de vie. L'aspect opérationnel doit être discuté avec les agents. De même, préparer le déménagement, c'est l'occasion de « passer un grand coup de balai ». Enfin, il faut effectuer un inventaire complet de l'ensemble du mobilier et détruire le mobilier inutilisable, détruire les archives non utiles et projeter d'acheter du matériel neuf.

#### *b) La préparation des ressources humaines*

La restructuration architecturale engendre également des modifications de fonctionnement humain. Le rôle de chaque catégorie d'acteurs doit être abordé plus particulièrement, afin d'adapter la présence et les compétences des personnels aux besoins des usagers.

Le directeur doit détecter en premier lieu les dysfonctionnements. En second lieu, au travers de groupes de travail, il doit faire réfléchir les acteurs à des propositions pour améliorer le service rendu, en ayant pour objectif de placer le résident au cœur de la décision, et en les projetant vers l'avenir. Un nouveau lieu de travail pour les agents et de vie pour les résidents. Il apparaît indispensable de penser l'organisation du travail afin de pouvoir la reproduire dans la nouvelle structure avec les adaptations qui seront nécessaires, ce qui implique une refonte des fiches de postes.

Les nouveaux locaux sont constitués de petites unités de vie (20 lits), gaies, intimes, familiales, comprenant un office et une salle à manger en son centre, d'un poste de soin centrale situés au centre de l'étage permettant un accès direct aux deux unités. Par conséquent, la réorganisation du personnel au regard des nouveaux locaux doit être pensée : préparation au changement, fiches de postes à revoir, nouvelles organisations de travail, effectifs cibles. Pour cela, le directeur doit faire un bilan de l'existant sur le site du Bois Renoult : nombre d'agents, nombre de résidents pris en charge, moyens logistiques et budgétaires ; et voir ensuite quels sont ses besoins par rapport à l'organisation nécessaire sur la nouvelle structure.

Son objectif est de mettre en place une organisation de travail et une répartition dans les nouveaux locaux permettant d'assurer une prise en charge de qualité, en conservant les effectifs actuels si possible.

C'est également l'occasion pour le directeur par l'intermédiaire des chefs de service de rappeler les protocoles, de « mettre à plat » les pratiques professionnelles et de constater les dysfonctionnements (archivage dossier infirmier par exemple, mise en place du logiciel BLUE-MEDI).

Il s'agit là d'un long travail que le directeur doit mener en collaboration avec les cadres et les équipes, et informer tous les agents de l'évolution des réflexions menées par les différents groupes de travail. Il doit s'effectuer assez longtemps à l'avance par rapport au déménagement afin que les équipes soient prêtes, dès le transfert des résidents, à mettre en place une nouvelle organisation de travail.

c) *L'accompagnement des résidents*<sup>37</sup>

L'accompagnement des résidents durant le processus de reconstruction de l'établissement, et plus particulièrement leur prise en charge lors du déménagement et de ses conséquences, est la troisième orientation de réflexion donnée par le directeur au groupe de travail. En effet, durant le projet, le directeur a l'obligation de leur garantir des conditions de vie et de prise en charge identiques à celles précédant la mise en place du projet, même s'il a pour objectif final de les améliorer. Il s'agit de réfléchir aux mesures d'accompagnements spécifiques prises pré, pendant et post déménagement.

L'accompagnement des résidents et de leurs familles se caractérise par un soutien psychologique afin d'éviter les syndromes de glissements, la rencontre des familles, l'écoute des attentes des uns et des autres, la projection des résidents dans leurs futurs locaux (exemple de l'appartement témoin), ou encore l'intégration et acceptation des nouveaux locaux par les résidents, notamment pour les personnes désorientées.

B) La préparation du déménagement : l'accélération du changement et la mobilisation des acteurs

Le directeur doit préparer le changement, mais il ne peut occulter dans sa préparation, l'un des événements majeurs du projet de reconstruction : la fin de la première phase, le transfert des résidents de la maison de retraite dans les nouveaux locaux. A cet égard, il

---

<sup>37</sup> Cf. Partie n° 2.2.2.B.

doit opérer des choix stratégiques : quels services déménagent et dans quel ordre ? Pour des questions de commodité, le site du Bois Renoult déménagera dans le premier bâtiment construit (elle se situe à dix mètres) avec la pharmacie et la cuisine.

Une fois ce choix effectué, le directeur doit préparer le déménagement physique des locaux et des résidents : anticiper et organiser le déménagement, c'est tout d'abord gérer l'activité. La gestion opérationnelle du départ et de l'arrivée a nécessité un ajustement de la prise en charge prenant en compte l'interpénétration des activités et l'obligation de maintenir la continuité du service. Et ensuite, il organise le transfert.

Un à deux mois avant le déménagement, le directeur doit prévoir avec ses équipes pour mener à bien le déménagement :

- Les besoins en équipement : il faut récapituler quel est le mobilier que l'on conserve (transfert dans les nouveaux locaux, sur le site de l'Hôpital, voir sur le site de l'hôpital local de houdan), déterminer sa localisation dans les futurs locaux, installer les lignes téléphoniques, acheter les équipements, procéder au raccordement de l'électricité et aux branchements de l'eau et du gaz, et enfin, essayer les installations techniques (chaudière, alarmes, fluides médicaux) ;
- L'organisation de la prise en charge des résidents chambre par chambre : il est nécessaire de désigner les agents référents, de déterminer l'heure à laquelle chaque résident déménage, et d'établir une liste récapitulant la chambre d'origine et la nouvelle chambre du résident. De même, il faut aider les résidents à emballer leurs affaires et noter sur les cartons et les matelas (ils sont transférés en même temps que les résidents) leur nom et le numéro de leur nouvelle chambre, organiser la sécurité des résidents, et définir un chemin pour le passage des résidents, du personnel et de mobilier (les travaux sont stoppés le jour du déménagement, mais il faut leur organiser un chemin sécurisé pour accéder aux nouveaux locaux). Et enfin, il faut procéder au recensement des pensionnaires et établir une liste et localiser les résidents avec le nom du médecin référent ;
- L'organisation logistique adaptée au déroulement chronologique des trois déménagements (résidents, cuisine, pharmacie) : il est nécessaire de procéder au nettoyage des parties communes, des chambres dans les nouveaux locaux après la réception du bâtiment (mais avant l'arrivée des résidents), de la pharmacie et de la cuisine. Le groupe de pilotage doit déterminer l'organisation durant les « trois jours J » (qui fait quoi, comment), planifier les opérations préalables au déménagement (ménage, livraison des équipements et du mobilier, approvisionnement des locaux de stockage), et enfin, définir le mode d'organisation entre les services soignants et la fonction logistique distribuer les clés. Il est également nécessaire d'approvisionner les

locaux à usage unique, les postes soins, les offices et les réserves (épicerie, usage unique, papier toilette, linge propre, vaisselles, produit d'entretien), d'assurer le nouveau bâtiment, de réceptionner le mobilier, et de définir l'organisation de la fonction transport, de l'animation et du culte le « Jour J » ;

- L'organisation de la "libération" du Bois Renoult : il faut vider les locaux, organiser la vente aux agents du mobilier restant non repris par l'établissement (meubles...) ou le jeter.... ;
- L'organisation du personnel : il est nécessaire de définir les moyens humains pour assurer un déménagement dans de bonnes conditions, les horaires adaptés, le nombre d'agents affectés au déménagement, leur affectation respective, garantir la continuité des tâches quotidiennes mais réduites à l'essentiel (suppression de certaines tâches : ménage des chambres, animation...). Les cadres ne doivent pas accorder de Réduction de Temps de Travail (R.T.T.) ou de congés payés durant le mois précédent le déménagement compte tenu de l'ampleur des tâches à effectuer. Les agents doivent être formés au préalable (utilisation du téléphone, groupe électrogène, risque incendie, utilisation des appels malades, armoire à clés et attribution de codes). Et enfin, le directeur doit prévoir une assemblée générale avec le personnel avant le déménagement.

Aux vues de toutes les tâches à effectuer, le directeur a nécessairement besoin de s'appuyer sur tous les agents. A ce moment là, chacun doit avoir accepté le changement, l'avoir intégré et être impliqué dans le processus. Chacun doit être sur le terrain, prêt, disponible car sa charge de travail va croissant jusqu'au jour du déménagement. Pour cela, le directeur doit également essayer de se libérer du temps pour les accompagner et les soutenir.

### **3.1.2 Le jour du déménagement**

Pour des questions pratiques, le directeur a fait le choix d'étaler le déménagement des résidents de la maison de retraite, de la cuisine et de la pharmacie sur trois jours, chacun à une semaine d'intervalle. En effet, pour le transfert des résidents, il est nécessaire de mobiliser un nombre important d'agents : accompagnement des résidents dans les nouveaux locaux, transport de leurs affaires personnelles, leur installation ; ce qui représente un travail important ne leur laissant pas de temps pour procéder au déménagement le même jour de la cuisine et de la pharmacie de l'établissement. Le directeur a privilégié le résident pour lui garantir les meilleures prise en charge et accompagnement dans son nouveau lieu de vie ce jour-là.

#### A) Le transfert des résidents

Le directeur a convié tous les agents participant au transfert des résidents à une assemblée générale la veille du « Jour J ». L'objectif est de leur rappeler qu'il s'agit de la phase concrète de la première étape du projet de reconstruction de l'établissement. C'est un moment très fort pour tous, il s'agit de l'aboutissement de la première phase et le début de la mise en place effective de nouveaux changements que ce soit pour les agents ou les résidents et leurs familles.

Au cours de cette assemblée, le directeur a rappelé aux agents qu'il s'agissait de transférer dans leur nouveau lieu de vie 68 résidents<sup>38</sup> avec leurs affaires personnelles. Même si le but est qu'ils soient tous avant midi dans les nouveaux locaux pour y prendre leur repas, il est nécessaire de ne pas le faire dans la précipitation. Il faut que les agents se mettent au rythme de chaque résident, et surtout ils ne doivent pas le brusquer, ni le stresser, afin de ne pas accentuer les risques que peuvent engendrer cet événement pour lui.

Enfin, le directeur avec le groupe de pilotage du projet a communiqué à chaque agent leurs missions lors du transfert des résidents, ainsi que le déroulement de la journée du déménagement.

Le « jour J » a été organisé de la manière suivante :

- Mise en place d'une équipe de remplacement : un agent sur deux des différents services administratifs (personnel, admissions, économat), soit dix agents sont disponibles pour venir aider au transfert des résidents en cas de retard ou d'absentéisme ou d'accidents... ;
- Mise en place d'une permanence médicale et psychologique : quatre médecins libéraux seront disponibles le matin, et un l'après-midi et la nuit suivant le transfert. La psychologue et le kinésithérapeute sont sur place toute la journée ;
- Mise en place d'une logistique particulière : il faut organiser les repas pour le personnel le jour du déménagement (couverts jetables, repas froids et offerts par l'établissement), préparer un repas simple pour les résidents (le but étant de libérer du temps aux agents de cuisine pour préparer celui des agents, ils passent de 20 couverts à 80 couverts à préparer), également mettre en place les chevalets sur les tables des salles à manger avec le nom des résidents pour les accueillir, ainsi que sur leur porte de chambre, et enfin, filmer l'événement pour le restituer aux agents, aux résidents et à leurs familles ;

---

<sup>38</sup> Le transfert initialement était prévu pour 80 résidents, mais à cause de la baisse du taux d'activité, il n'a concerné que 68 résidents le « Jour J ».

- Organisation de la permanence des directeurs sur les différents sites : présence le jour du déménagement du directeur principal et du directeur de site avec les différents chefs de service. Ils s'assurent du bon déroulement du transfert et de l'installation des résidents, le cadre supérieur de santé assurant la permanence sur l'ancien Hôpital et le directeur des ressources humaines sur le site de l'HL de Houdan ;
- Organisation des ressources humaines<sup>39</sup> : une équipe de soignants effectue ses horaires habituels pour effectuer les toilettes le matin, aider à la prise du petit déjeuner et à la prise des médicaments. Ensuite, le reste des agents est affecté au déménagement en lui-même (cinq équipes de quatre personnes pour le transport et l'installation des affaires de chaque résident, les autres agents dirigés par des agents référents s'occupent du transfert des résidents, le programme de journée des A.S.H. est nominatif).

#### B) Le transfert de la cuisine

Pour des questions de disponibilité et de récupération des agents, la cuisine n'a été transférée dans les nouveaux locaux qu'une semaine après le déménagement des résidents. Le directeur a choisi de ne pas la transférer le même jour que les résidents pour des raisons de disponibilité des agents : le transfert de la cuisine et de la pharmacie en même temps aurait mobilisé trop d'agents. Or, avec la préparation du déménagement et la mobilisation d'un effectif important le jour du transfert des résidents, les agents doivent récupérer physiquement et poser leurs jours de congés ou de R.T.T. qu'ils n'ont pu prendre durant le mois précédent le « Jour J ».

De fait, durant cette période, le directeur, en collaboration avec le chef de cuisine et les cadres de santé, a dû prévoir une organisation temporaire. Notamment, la question du branchement des chariots s'est posée : en l'absence d'agents de cuisine, une hôtelière descendra à la cuisine les chariots le matin à 8 h 00 et l'après-midi à 14 h 00 devant la cuisine, et à l'arrivée du cuisinier, la cuisine sera ouverte et les chariots branchés.

La veille du transfert, il faut prévoir l'approvisionnement de la cuisine : les livraisons doivent arriver directement dans les nouveaux locaux, un agent de la cuisine doit être présent pour les réceptionner et les ranger. Il faut également déménager la platerie avec l'aide des agents des services techniques afin qu'un cuisinier puisse préparer le jour du déménagement de la cuisine le repas des résidents. Il est nécessaire de prévoir pour cela

---

<sup>39</sup> Cf. Annexe n° 11.

des repas simples et la fermeture du self pour les agents (les informer par note de service sur les différents panneaux d'affichage).

Le jour du transfert de la cuisine s'est déroulé ainsi sans problèmes majeurs et les résidents n'ont pas été perturbés dans leurs habitudes.

### C) Le transfert de la pharmacie

Pour les mêmes raisons que la cuisine, la pharmacie a été transférée deux semaines après les résidents dans les nouveaux locaux.

De ce fait, le directeur avec le groupe de pilotage a prévu une phase temporaire de fonctionnement de la pharmacie entre le transfert des résidents et celui de la pharmacie, ainsi que son déménagement :

- la phase temporaire d'une durée de deux semaines : il faut préparer le déménagement et maintenir l'activité de la pharmacie sans préjudice pour les résidents, ce qui implique le nettoyage des nouveaux locaux, la livraison et l'étiquetage des chariots de pharmacie avec une répartition des résidents par service, aménager temporairement la nouvelle pharmacie (table, chaises, étagères). Il faut aussi procéder au transfert des caisses de pharmacie avec les boîtes par les I.D.E., puis par un agent des services techniques dans la nouvelle pharmacie, approvisionner les semainiers jusqu'à son transfert, et enfin, transférer la pharmacie tampon, le reste du fonctionnement n'étant pas modifié (fax, coursiers..).
- le transfert de la pharmacie : ce jour là s'est déroulé sans problème particulier. Il s'agissait d'un simple déménagement de matériel par les agents du service technique et de la pharmacie. Cela n'a pas perturbé la continuité du service, et par conséquent les résidents.

### **3.1.3 Les premiers bilans**

Après la réalisation des ces trois déménagements qui concrétise la fin de la première phase du projet de reconstruction de l'établissement, soit la première étape du processus de changement, le directeur doit avant tout en dresser le bilan avec le groupe de pilotage, avant de pouvoir continuer le projet.

### A) Le personnel

Malgré les résistances qu'a pu engendrer à son origine la reconstruction de l'établissement, le directeur a pu constater que les agents avaient fini par se mobiliser fortement, notamment un mois avant pour la préparation du déménagement, mais surtout le « Jour J ». Leur but, même s'ils n'avaient pas encore totalement adopté le projet et ses conséquences dans leurs méthodes de travail, était de garantir la prise en charge des résidents, leur sécurité et leur état psychique. Leur professionnalisme et la personne du

résidents ont pris le dessus sur leur état d'esprit à l'égard du changement. Un bémol doit être apporté à cette analyse : la faible implication des agents du site de l'hôpital qui ne se considèrent pas encore concernés par le changement. Toutefois, le fait d'avoir constaté que la première phase était terminée, ils ont commencé à se rendre compte que le projet (la seconde phase notamment) se concrétiserait et que cela impliquerait également pour eux des changements. La réalisation de la première aile du nouvel établissement et le transfert des résidents leur ont permis de commencer à accepter le changement.

D'autre part, les premières réactions des équipes relatives aux conditions de travail dans les nouveaux locaux sont plutôt positives : elles sont plus agréables, les unités sont bien aménagées et fonctionnelles pour les équipes soignantes, notamment la salle de soins, les locaux sont clairs ; le seul bémol étant la distance à parcourir pour les agents.

#### B) Les résidents et de leurs familles

Le directeur et les agents du site ont pu constater que le « Jour J » s'est déroulé sans panique, avec impatience du côté des résidents et certains même avaient déjà trouvé leurs repères en fin de soirée.

Tous étaient contents, voir enchantés par leur nouvelle chambre et le nouveau mobilier (« c'est joli, spacieux, neuf, confortable, il y a même une salle de bain dans la chambre... »). Ils peuvent recevoir leurs visiteurs dans un espace privatif (coin salon à l'écart) et non plus seulement dans leur chambre ou le grand hall. Le représentant des familles pense même que la charge de travail va diminuer sur le nouvel établissement plus adapté à la prise en charge des personnes âgées.

Par contre, ils regrettent qu'il n'y ait pas de grand hall ou de salle commune pour se voir tous ensemble ou observer les allées et venues des visiteurs (il y a seulement des petites unités de 20 personnes, une grande salle des fêtes est prévue lors de la seconde phase). Une phase d'adaptation leur sera nécessaire et les équipes devront mettre en place différentes animations pour combler ce vide au sein de chaque unité.

#### C) La réalisation du pilotage de la première phase

La préparation et le bilan du déménagement se sont révélés positifs, même si un agent (une A.S. arrivant après le déjeuner des résidents) a eu une crise d'angoisse du fait du surplus d'activité autour d'elle et qu'elle ne savait plus quoi faire (perte de repère dans ses tâches professionnelles quotidiennes) ; et même s'il y a eu une période de flottement dans les équipes durant le mois suivant le déménagement. Les objectifs ont été atteints pour chacun dans leur domaine avec une participation collective.

Quant aux relations entre les cadres de santé et les chefs de service durant la préparation du déménagement, plusieurs constats ont été faits au cours d'une réunion débriefing,

menée par le directeur deux mois après. Ils seront à prendre en compte lors du déroulement de la seconde phase :

- Il ne faut pas négliger l'information entre les cadres, même si la transmission peut faire perdre du temps, alors qu'il faut réaliser de nombreuses actions afin que tout se déroule correctement. Il faut prendre le temps pour passer le relais entre les différents cadres. Être dans l'action ne signifie pas occulter l'information. Un manque de communication entre les cadres, auquel s'ajoutent le stress et la fatigue, peut entraîner des tensions qui s'en ressentent sur les équipes ;
- Le cadre de santé pilote de projet doit déléguer la gestion des équipes aux autres cadres pour gérer le quotidien, la préparation du déménagement lui prenant trop de temps pour pouvoir assurer correctement et quotidiennement sa mission de cadre de proximité ;
- Les différentes formations nécessaires aux agents (incendie, appel-malade...) ont été faites pour les agents de nuit juste avant leur prise de poste le « Jour J » et le lendemain. Le responsable des services techniques n'a pas eu le temps de le faire avant, accaparé par le chantier et la préparation matérielle des trois déménagements et de la libération des anciens locaux (les vider).

#### D) L'activité de l'établissement

Sur le site de la maison de retraite, grâce aux nouveaux locaux, elle revient à 100 %, après une chute dans les mois et semaines précédents le déménagement (68 patients pour 74 places). Cependant, cinq patients de l'hôpital qui le souhaitent ont emménagé dans les nouveaux locaux, faisant chuté ainsi le taux d'activité sur le site de l'hôpital.

En conséquence, il faut veiller à ne pas trop démunir l'ancien hôpital dans la mesure où il s'agit d'un vieux bâtiment avec des chambres allant jusqu'à quatre lits ne pouvant tenir la comparaison avec le nouvel établissement. Le directeur prévoit donc de rafraîchir ses couloirs, à défaut de pouvoir effectuer des travaux de rénovation dans des locaux qui n'ont plus qu'une durée de vie de dix-huit mois.

### **3.2 Les enseignements du premier déménagement : une clé pour mener à bien la suite du processus de changement**

Le changement mené dans le cadre du projet de reconstruction est un processus long. La fin de la première phase ne doit pas signifier la fin du processus. Elle doit s'y intégrer : il faut s'en servir, en tirer des enseignements pour mener la seconde étape du projet de reconstruction (la réalisation de la seconde tranche des travaux), tout en poursuivant les changements qu'elle a amorcés.

Par conséquent, le directeur doit organiser la phase transitoire jusqu'à la réunion sur un même site des activités de l'établissement, tout en garantissant leur continuité. En parallèle, il doit mettre en place un nouveau plan d'actions pour préparer la seconde phase au regard des enseignements tirés de la première. Et enfin, il doit intégrer le processus de changement dans la continuité après la réalisation du projet de reconstruction de l'établissement, soit effectuer un suivi de la réalité du changement opéré et de ses ajustements.

### **3.2.1 La phase transitoire**

La phase transitoire est importante et ne doit pas être occultée. Elle doit garantir la continuité des services, mais également elle prépare les changements qui seront à opérer sur l'ensemble de l'établissement une fois le projet de reconstruction réalisé.

En effet, c'est l'occasion de tester les organisations, les circuits mis en place au sein du nouveau bâtiment. Ceux-ci, s'ils fonctionnent, préfigurent ceux qui seront mis en place dans le nouvel hôpital, puisque la configuration des locaux sera la même. Bien sûr, il y aura quelques adaptations compte tenu du fait que les résidents d'une maison de retraite n'ont pas les mêmes pathologies ou besoins que les patients d'une U.S.L.D ou d'une unité Alzheimer.

Durant la phase transitoire, le directeur a plusieurs objectifs :

#### **A) Mobiliser le personnel**

L'ensemble des agents ont été mis à contribution sur une très longue période : préparation de l'accréditation version 1 de l'H.L. tout au long de l'année 2006, puis préparation du déménagement au cours du premier semestre de l'année 2007. En parallèle, des groupes de travail ont été constitués afin de mettre à plat les pratiques professionnelles, les circuits existants et réfléchir à la future organisation et répartition des tâches dans les nouveaux locaux. Or, tout n'est pas mis en place : il reste encore à harmoniser les pratiques, préparer la seconde phase du projet de reconstruction...

Le directeur doit par conséquent maintenir l'implication des agents pour la suite du projet tout en évitant son épuisement. Pour cela, il est nécessaire de laisser aux agents un temps de récupération, une phase de repos pour mieux « relancer la machine » par la suite : la reprise des groupes de travail pour la préparation du second déménagement, l'évaluation des circuits et des organisations mis en place dans le nouvel établissement, ou encore l'harmonisation des méthodes de travail ne s'effectueront qu'après les vacances d'été, soit une pause de trois mois pour l'ensemble du personnel.

Le directeur doit également mettre en valeur les agents, les remercier de leur implication antérieure, concomitante et postérieure au déménagement : leur implication ayant permis la réussite de la première phase du projet. En pratique, l'équipe de direction a organisé une fête pour le personnel dans les anciens locaux de la maison de retraite mois après le « jour J ». Cela a également été le prétexte pour faire le deuil de l'ancien bâtiment.

#### B) Mettre en place une nouvelle organisation du travail

L'objectif est de permettre la continuité des activités de l'établissement, de déterminer les dysfonctionnements des nouveaux locaux, d'organisations et de circuits, ainsi que de procéder aux ajustements nécessaires : architecturaux, modification des organisations, des tâches, des fiches de poste, des circuits....

Avant le déménagement, l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge les résidents du Bois Renoult était composée de quatre I.D.E., 12,9 E.T.P. d'A.S., 7.9 E.T.P. d'A.S.H., une animatrice. La maison de retraite avait une capacité d'accueil de 74 résidents (une chambre double était condamnée pendant la durée des travaux), un étage, une salle à manger, un poste de soin, 63 chambres dont 11 chambres doubles.

A contrario, la nouvelle structure est constituée de quatre unités de vie comprenant chacune 20 lits, sur deux niveaux comprenant chacun deux unités avec un office/salle à manger par unité (soit quatre offices), un poste de soins par niveau (soit deux postes). Chaque unité comprend 19 chambres (18 chambres individuelles et une double), soit 72 chambres individuelles et quatre chambres doubles (76 chambres au total) pour une capacité d'accueil de 80 résidents.

Au regard des nouveaux locaux et avec les effectifs de la maison de retraite, suite aux réflexions menées par le groupe de travail en partenariat avec la direction, l'organisation du travail peut se décliner ainsi :

- Pour les I.D.E. : un agent, gérant l'ensemble de la structure, interviendra sur les quatre unités de vie et prendra en charge 80 résidents. Elle assurera l'ensemble des soins infirmiers (prises de sang, pansements, injections...), gèrera les visites des médecins, assurera en collaboration avec les aides-soignantes la distribution des médicaments, sera en relation avec les familles et tuteurs, et encadrera les aides-soignantes et les hôtelières de l'ensemble des quatre unités de vie ;
- Pour les A.S. : il est possible de conserver les effectifs actuels, à savoir un soignant référant par unité. La programmation du travail doit être faite par secteur afin de déterminer les prises en charge nécessitant deux A.S. auprès du patient, soit deux par niveau le matin (pour deux unités), un par niveau l'après midi et la nuit (pour quatre unités) ;

- Par contre, pour les A.S.H., l'existence de quatre offices pose le problème de la présence d'une hôtelière par office, l'effectif actuel ne le permettant pas. Aucune solution n'a été trouvée par le groupe de travail : quatre unités au lieu d'une donc quatre équipes pour les offices avec le même nombre d'agents et six lits en plus ce qui pose des difficultés au moment des repas et pour le ménage des chambres (distribution en chambre, faire manger les résidents, 1h30 pour préparer chaque office).

Le groupe de travail a émis plusieurs solutions : modifier les horaires des agents hôteliers en roulement en douze heures du petit déjeuner au dîner, mettre en place des horaires mixtes (roulement en 7h30 et en 12h00), décaler les horaires de repas, ou encore confier certaines missions aux A.S. de nuit (un par niveau) : la mise en place des tables pour le petit déjeuner et l'entretien de certains locaux communs. Mais, aucune solution n'est possible sans le recrutement de nouveaux agents. L'effectif actuel est de 7,90 E.T.P., et doit être au minimum de 12,7 E.T.P. pour que les agents puissent effectuer toutes leurs tâches, ce qui permettrait une prise en charge optimale des résidents.

Or, pour respecter ses engagements budgétaires avec la D.D.A.S.S.<sup>40</sup>, l'établissement mène une politique d'économie et ne peut se permettre de recruter de nouveaux agents. Mais, le directeur peut engager sa responsabilité si la sécurité des résidents n'est pas optimale.

Une autre solution a alors été trouvée et mise en place : le recrutement de six contrats aidés à l'emploi (C.A.E.) durant la période de transition (soit un effectif d'A.S.H. dans les nouveaux locaux de 13,9 E.T.P.), puisqu'après, l'ensemble des agents de l'H.L. seront réunis. Il sera alors possible de les redéployer dans les autres services. Les C.A.E. sont des contrats de travail de type Contrats à Durée Déterminée (C.D.D.) de six mois, renouvelables trois fois sur vingt-quatre mois maximum (durée maximum de la réalisation des travaux de la seconde phase). L'établissement a l'obligation de les intégrer dans un circuit de formation (hygiène, manutention...) et reçoit une aide mensuelle de l'État à hauteur maximale de 95 % du Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (S.M.I.C.) selon l'employabilité. Le reste est à la charge de l'Hôpital, soit 12 000 euros par an pour six C.A.E. Mais, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île de France (A.R.H.I.F.) a annoncé son soutien à hauteur du surcoût pour les établissements sur les six premiers mois.

A la fin de la seconde phase, le directeur compte sur le redéploiement des effectifs pour maintenir la même organisation (avec quelques ajustements en fonction des

---

<sup>40</sup> Cf. Parties n° 1.1.2.C et 2.1.1.

pathologies des résidents dans les unités) sur l'ensemble du nouvel établissement, afin de ne pas embaucher de nouveaux agents. La solution du recours au C.A.E. n'est que temporaire, pendant la phase de transition.

En ce qui concerne l'entretien des locaux, un réaménagement de l'organisation du travail a été nécessaire, compte tenu de la nouvelle configuration du bâtiment et de l'augmentation de la surface à entretenir. En effet, avant le transfert dans les nouveaux locaux, il y avait 62 chambres à entretenir pour quatre A.S.H. tous les quatre jours, soit quatre chambres par A.S.H. et par jour (3h00) si on compte qu'il est nécessaire de passer 45 minutes par chambre et par agent. Dans le nouveau bâtiment, il y a 76 chambres à nettoyer dans les mêmes conditions matérielles et d'effectifs, soit au minimum cinq à six chambres par hôtelière et par jour (3h45).

Afin de permettre aux A.S.H. de procéder au nettoyage des chambres des résidents dans des délais raisonnables et conformément aux règles d'hygiène, des gains de temps pourront être obtenus par le nettoyage mécanisé des surfaces (surfaces communes, circulations, ascenseurs...) et par le transfert de certaines tâches au convoyeur (couloirs, ascenseurs, espace mortuaire, local des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (D.A.S.R.I.), local linge sale, pharmacie, stockage central usage unique, admissions, locaux techniques informatiques), et aux A.S.H. de nuit (escaliers, postes de soins, salons des résidents, bureaux des cadres, sanitaires publics).

De ce fait, les fiches de poste de ces agents, ainsi que des I.D.E. de nuit et des agents de cuisine, ont été revues et adaptées pour la période transitoire, après réflexions du groupe de travail, menées par le directeur des ressources humaines et les représentants du personnel. Il reste maintenant pour le directeur à mettre en place un groupe de travail pour mener à bien l'harmonisation des pratiques des agents sur les deux sites.

### C) Organiser la logistique

L'établissement avait mis en place des circuits de fonctionnement qu'il a fallu revoir pour que ses activités continuent sans porter atteinte à la prise en charge des résidents. Or, durant la phase transitoire, dans un premier temps, le directeur a dû procéder à la mise en place de nouveaux circuits temporaires, notamment en matière de transport, puisque le nombre de résidents est inversé : avant, il fallait livrer les repas ou les médicaments à 74 résidents sur la maison de retraite, maintenant il s'agit de 124 résidents se trouvant sur le site de l'hôpital. Le mode d'organisation des deux sites est différent dans la mesure où il s'agit de petites unités avec office et salle à manger et non plus d'une grande salle commune.

Par conséquent, il a été nécessaire de :

- racheter du matériel de stockage (containers à soupe isothermes) ;
- mettre en place une réserve épicerie sur le site de l'hôpital ce qui signifie deux points deux livraisons influant sur l'organisation des agents de cuisine ;
- créer un local à courrier dans la nouvelle aile (à l'attention des différents services, du cadre de santé, des médecins...) ;
- prévoir les points d'arrivée et de stationnement des véhicule : point d'arrivée du véhicule cuisine dans la cour centrale du site de l'hôpital entraînant la condamnation de deux places de parking pour garantir la sécurité des résidents et permettre l'arrivée des ambulances ;
- mettre en place une surveillance des bâtiments laissés vides entre la période de livraison et le déménagement, ainsi que l'ancienne structure contenant encore le mobilier ;
- créer un parking provisoire sur le site du Bois Renoult.

Dans un second temps, afin de garantir une prise en charge et une qualité de vie optimales des résidents - le but étant d'éviter les transferts sur le site de l'hôpital pour effectuer certaines activités notamment -, le directeur a dû également procéder à des réaffectations de salles entre les deux phases, le nouvel établissement n'étant pas entièrement construit : seule une aile sur trois est construite. Ainsi, le local syndical est affecté au standard, à l'accueil et au secrétariat quatre jours par semaine : une salle sur l'hôpital lui étant déjà attribué. La messe et la kinésithérapie s'effectueront dans la salle affectée à l'origine aux archives médicales. Et enfin, une salle de bain commune sera réaménagée en salon de coiffure.

### **3.2.2 La préparation du second déménagement**

Après avoir mis en place les nouvelles organisations de travail et les nouveaux circuits nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement durant la phase transitoire, le directeur doit s'attacher à préparer avec ses équipes le second déménagement. Il s'agira cette fois-ci de procéder au transfert des 120 résidents du site de l'hôpital répartis dans des unités d'hébergement et de long séjour, ayant par conséquent des pathologies plus lourdes que ceux résidant sur le site du nouvel établissement.

Pour cela, il procédera de la même manière que l'on a vu précédemment<sup>41</sup>, avec une variante : fort de sa première expérience, il tiendra compte des enseignements tirés du premier déménagement qu'il aura dégagés en en faisant le bilan avec les membres du

---

<sup>41</sup> Cf. Partie n° 2.2 et 3.1.

groupe de pilotage du projet, mais également il adaptera l'accompagnement des résidents et la logistique qui en découle aux patients de l'hôpital en fonction de leurs pathologies et de leurs besoins.

Il résulte du bilan du premier déménagement qu'il est nécessaire de :

- Déterminer clairement le ou les pilotes du projet : il faut un chef de projet à temps plein dégagé de ses missions quotidiennes. De même, le directeur doit déléguer une partie de ses fonctions aux autres membres de la direction pour mener à bien le déménagement et ses implications ;
- Améliorer la communication entre les responsables du projet et les cadres, puis avec les équipes du second site et les résidents ;
- Accentuer la prise en charge psychologique des agents, surtout ceux arrivant en deuxième partie de journée du déménagement, et leur préparation avant l'entrée dans les nouveaux locaux ;
- Faire partager l'expérience vécue par les agents du premier site avec ceux du second ;
- Ne pas reproduire à l'identique car il s'agit de problématiques différentes.

### **3.2.3 L'intégration du changement dans la continuité**

Après avoir insufflé et conduit le changement, le directeur doit l'entretenir afin de ne pas en perdre les bénéfices. Le projet de reconstruction de l'établissement a été son vecteur pour initier et conduire le changement. Mais, celui-ci ne doit pas être une fin en soi. L'établissement et ses acteurs doivent demeurer dans une dynamique et ne pas rester sur les acquis posés lors de la réalisation du nouvel hôpital. Le renouvellement des pratiques professionnelles, des modes d'organisations et des circuits est un processus normal qui doit suivre les évolutions technologiques, réglementaires, sociales.....dans un objectif d'amélioration continue des prestations offertes aux usagers de l'établissement. Il faut continuer à gérer le quotidien, tout en maintenant les exigences requises et en mettant en place parallèlement la nouvelle organisation.

Le directeur, ayant réussi à impliquer ses équipes dans un processus de changement, doit maintenir leur motivation et continuer d'élaborer des plans d'actions pour mener le changement, même s'ils se feront peut être moins brutalement : l'établissement ne subit pas tous les jours un plan de reconstruction de ses bâtiments.

En conséquence, le directeur doit mener une politique de suivi des changements opérés afin de mesurer la réalité des effets des actions mises en place durant le processus de changement au niveau de l'établissement, pour pouvoir procéder aux réajustements nécessaires avec les équipes. Une démarche d'évaluation est nécessaire pour apprécier la pertinence et les résultats des actions mises en œuvre, ainsi qu'une démarche de pérennisation. Le projet de reconstruction se termine avec le transfert des patients de

l'hôpital dans le nouvel établissement, mais ne signifie pas la fin du processus de changement. Le directeur, fort de ses succès précédents, doit l'utiliser pour faire comprendre à ses équipes que celui-ci est nécessaire, qu'il s'inscrit dans un processus continu, indéfini. De ce fait, les structures mises en place dans le cadre du changement, les outils de communication, tout comme les fiches de postes, doivent être renouvelés, les formations ne doivent plus faire référence aux usages passés.

L'objectif principal de la conduite de changement, menée par la direction de Montfort L'Amaury à l'occasion du projet de reconstruction, est que, à terme, les agents des deux sites harmonisent leurs pratiques - actuellement on constate une hétérogénéité de pratiques, notamment en matière d'utilisation des différents outils, des médicaments..-, harmonisation déjà amorcée avec la mise en place de modes d'organisation de travail et de circuits sur le nouveau site empruntés à l'hôpital et adaptés à la nouvelle structure.

Les nouveaux écrits sont le moyen d'accompagner l'installation dans les nouveaux locaux (projet d'établissement, règlement intérieur,...) et de continuer de faire évoluer les pratiques. Ils s'accompagnent de la mise à plat de toutes les habitudes déviantes et de la redéfinition des règles et des protocoles déjà existants, et permettent la mise par écrit des changements que l'on souhaite mettre en pratique.

Le directeur a prévu durant la phase de transition de mettre en place un groupe de pilotage et des groupes de travail pour élaborer le projet d'établissement au regard de la nouvelle configuration des locaux.

Or, à l'intérieur du projet de construction, il existe déjà un filigrane du futur projet de l'établissement<sup>42</sup> par service qui pourra servir d'appui aux groupes de travail. Ce projet à vocation d'assurer la coordination des pratiques, en particulier celles de soins grâce au médecin coordonnateur, d'accueillir au sein d'une unité spécialisée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés au sein du nouveau bâtiment (seconde phase), d'informatiser le dossier médical et mettre en place un logiciel pour améliorer le circuit du médicament permettant l'informatisation des prescriptions médicales ainsi que le développement et la pérennisation d'un système documentaire qualité. Il vise également à améliorer le cadre de vie et l'hôtellerie, à humaniser les conditions d'accueil et de prise en charge des résidents, à améliorer la prise en charge individualisée des résidents, la continuité des soins, et enfin, à moderniser les services logistiques (cuisine, lingerie, service technique).

---

<sup>42</sup> Le projet de construction a été réalisé avant le projet d'établissement. En effet, il était le plus urgent pour la direction dans la mesure où la cuisine sur le site du Bois Renoult a été fermée et que le site de l'Hôpital et le funérarium étaient menacés de fermeture pour raison de sécurité

## **Conclusion**

Un projet de reconstruction représente un travail important pour tout directeur engagé dans une telle démarche. Il doit non seulement le porter tout au long du processus qui s'étale sur plusieurs années, le réaliser matériellement, soutenir ses équipes, préparer les résidents à leur nouveau lieu de vie. Mais également il doit mener en parallèle les changements organisationnels occasionnés par celui-ci. Et enfin, il doit profiter de cette occasion pour rénover, améliorer, harmoniser les pratiques professionnelles des agents, dans un souci d'optimisation de la prise en charge des résidents.

Un projet d'une telle envergure ne peut se réaliser sans l'appui du directeur, pilier de la démarche de changement. Il est l'initiateur, le conducteur et le porteur du changement. Le directeur manager prend alors toute sa dimension. Dans le cadre d'un projet de reconstruction, il doit assurer l'adhésion de toutes les équipes au projet, aux changements qu'il induit, et leur implication tout au long de ses différentes phases. De plus, le directeur doit maintenir les changements opérés, effectuer les ajustements nécessaires et continuer à engager l'établissement dans une politique d'amélioration pérenne. La structure et ses acteurs doivent s'inscrire dans une dynamique de changement : ils ne doivent pas se figer, ni rester sur leurs acquis.

Enfin, le directeur s'ajustera en permanence en fonction des difficultés qui apparaîtront. Il ne doit pas omettre, ni sous-estimer le facteur humain dans une telle démarche. Elle est souvent la cause principale de l'échec en matière de changement. Pour l'accompagner, le directeur doit user d'un pilotage stratégique et d'un « pilotage à vue ». Le changement intervenant dans un processus, les réussites intermédiaires sont nécessaires à la réussite globale.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

- ABBAD J., 2001, *Organisations et management hospitalier. Mieux gérer les ressources humaines*, Berger Levrault, Collection « H », 1<sup>ère</sup> partie, « Évolution de l'organisation et stratégie de changement » (pp. 35 – 157) ;
- CABIN P. et CHOC B., 2005, *Les organisations – État des savoirs*, 2<sup>ème</sup> édition, Auxerre : Sciences Humaines, Titre 4 : « Comprendre et gérer le changement » (pp. 206 – 259) ;
- CARTON G-D., 2006, *Éloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, préface Diane B-D., 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Village mondial, 256 p. ;
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil, Collections Points, 500 p. ;
- DJAOUI E., 2003, *Les organisations du secteur social, approche sociologique*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : ASH, Collections ASH étudiants, 2<sup>ème</sup> partie 2 : « Des organisations et des hommes, perspectives théoriques » (pp. 27 – 55) ;
- DUPUY F., 2001, *L'alchimie du changement : problèmes, étapes et mise en œuvre*, Paris : Dunod, 181p. ;
- Lefèvre P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, Chapitre 3 : « Être directeur » (pp. 125 – 197), Chapitre 5 « Le management et les ressources humaines » (pp.247 – 340) et Chapitre 6 « La communication et l'information dans l'établissement » (pp.341 – 359) ;
- VEZINA J., CAPPELIEZ P., LANDEVILLE P., 1994, *Psychologie gérontologique*, Paris, Gaétan Morin, Chapitre 8 : « Transitions » (pp. 227 – 289).

## Articles :

- BAS P., avril 2007, « Un « tsunami » de dépendance est devant nous », *Union sociale*, n°209, pp.19 ;
- FAYN M-G., 03 avril 2006, « Communication et formation au service du changement », *Hospitalière de France*, n°509, pp.18-21 ;

- Fédération Hospitalière de France, janvier – février 2007, « L'Heure H : quel avenir pour l'Hôpital public ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 514, pp.23-48 ;
- GOUESLAN S. et BLONDEEL B., mai 2007, « Quelles conséquences financières face aux besoins de reconstruction dans les établissements publics pour personnes âgées », *Info en santé, système d'information, stratégie, qualité*, Lettre n°14, pp.15-16 ;
- JULLIAN E., mai - juin 2007, « Vers une architecture « optimale » en EHPAD », *Techniques hospitalières*, n°703, pp.59-67 ;
- LEFEVRE P., mai 2001, « Le changement dans la stratégie de direction », *Revue des responsables de structures sanitaires et sociales*, n° 4, pp.20-21.

### **Mémoires :**

- BELFILS A., 2002, *L'épreuve du changement à l'occasion d'un transfert de site*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 84p. ;
- DELIBIE M., 2005, *La démarche qualité réponse à la spécificité d'un foyer de l'enfance*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur d'établissement social et médico-social, Rennes, 74 p. ;
- DESERTOT C., 1989, *Études des modifications liées à un changement d'établissement*, Rapport de stage de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur de 14<sup>ème</sup> classe des Hôpitaux public, Rennes, 46 p. ;
- GAMBIER E., 2004, *Une structure inadaptée, quelles procédures pour le changement : l'expérience de la résidence de Lanvaux*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 80 p. ;
- LAMBOTTE A., 2004, *Conduire les changements pour adopter l'appartement de coordination thérapeutique à un public atteint de pathologies chroniques sévères*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, CAFDES, Rennes, 66 p.

### **Sites Internet :**

- [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr), DUPUY C., 10 juillet 2002, *Dossier « Hôpital en déménagement ! »* ;

### **Sources diverses :**

- Maison de retraite – Hôpital local de Montfort L'Amaury, le département des Yvelines et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Préfecture des Yvelines, juin 2007, *Projet de Convention pluriannuelle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* ;
- Scène et Zique, 2005, *Le seigneur de l'Hôpital*, film présenté en collaboration avec l'Hôpital local de Montfort L'Amaury ;

---

## Liste des annexes

---

<b><u>Annexe n° 1</u></b> :	Répartition par GIR des résidents de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury.....	I
<b><u>Annexe n° 2</u></b> :	Descriptif des locaux de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury .....	III
<b><u>Annexe n° 3</u></b> :	Activité de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury au cours du premier semestre de l'année 2007.....	V
<b><u>Annexe n° 4</u></b> :	Évolution des prix de journées de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury.....	VII
<b><u>Annexe n° 5</u></b> :	Plan de financement du nouvel Hôpital .....	IX
<b><u>Annexe n° 6</u></b> :	Questionnaire à l'attention de l'ensemble du personnel de l'Hôpital Local de Montfort L'Amaury relatif au déménagement du Bois Renault.....	XI
<b><u>Annexe n° 7</u></b> :	Analyse des résultats du questionnaire à l'attention des agents ...	XIII
<b><u>Annexe n° 8</u></b> :	Questionnaire à l'attention des résidents et de leurs familles du Bois Renault relatif au déménagement du site .....	XV
<b><u>Annexe n° 9</u></b> :	Analyse des résultats du questionnaire à l'attention des résidents et de leurs familles .....	XVII
<b><u>Annexe n° 10</u></b> :	Chronologie des travaux pour 2007.....	XIX
<b><u>Annexe n° 11</u></b> :	Déroulement du jour « J ».....	XXI

**Annexe n° 1 : Répartition par GIR des résidents de l'Hôpital  
local de Montfort L'Amaury**

185 résidents le jour de l'évaluation	MAISON DE RETRAITE & USLD	
	+ 60 ans	- 60 ans
GIR 1	35	0
GIR 2	68	5
GIR 3	14	1
GIR 4	24	1
GIR 5	17	0
GIR 6	19	1
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>8</b>
GIR MOYEN PONDERE	661,13	668,75
<b>GLOBAL</b>	<b>661,46</b>	

## Annexe n° 2 : Descriptif des locaux de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury

- Locaux avant les travaux

Nombre de chambres		Nombre de lits	Superficie des chambres	Équipement sanitaire			
				WC	Lavabo	Douche	Barre d'appui
104	1 lit	104	17 m <sup>2</sup> en moyenne	En partie	Oui	Non	Oui
29	2 lits	58	21 m <sup>2</sup> en moyenne	En partie	Oui	Non	Oui
11	3 lits	33	34 m <sup>2</sup> en moyenne	Non	Oui	Non	Oui
1	Dortoir	4	44 m <sup>2</sup>	Non	Oui	Non	Oui
<b>145</b>	<b>Total</b>	<b>199</b>					

- Locaux d'hébergement après travaux

Nombre de chambres		Nombre de lits	Superficie des chambres	Équipement sanitaire			
				WC	Lavabo	Douche	Barre d'appui
156	1 lit	156	20 m <sup>2</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui
32	1 lit	32	25 m <sup>2</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui
2	1 lit	2	27 m <sup>2</sup> en moyenne	Oui	Oui	Oui	Oui
5	2 lits	10	30 m <sup>2</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>195</b>	<b>Total</b>	<b>200</b>					

**Annexe n° 3 : Activité de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury  
au cours du premier semestre de l'année 2007**

Activité 2007 (janvier – juin)

<b>GIR</b>		<b>Taux d'occupation</b>	
		<b>MR</b>	<b>USLD</b>
GIR 1		83.14 %	71.07 %
GIR 2		85.63 %	97.61 %
GIR 3		119.12 %	103.82 %
GIR 4		120.75 %	105.84 %
GIR 5		102.98 %	135.32 %
GIR 6		66.67 %	81.43 %
<b>Total</b>	<b>réalisé</b>	<b>89.02 %</b>	<b>95.77 %</b>
	<b>prévu</b>	<b>93.63 %</b>	<b>99 %</b>

**Annexe n° 4 : Évolution des prix de journées de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury**

		GIR 1 - 2			GIR 3 - 4			GIR 5 - 6			Evolution	
		2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	En €	En %
<b>Prix de journée</b>	Forfait hébergement	52,64€	54,42€	56,98€	52,64€	54,42€	56,98€	52,64€	54,42€	56,98€	4,34€	8,25%
	Forfait dépendance	10,50€	12,82€	11,37€	6,66€	8,15€	7,2€	2,83€	3,06€	3,46€		
	Forfait soins (forfait journalier moyen)	24,85€	25,85€	26,90€	24,85€	25,85€	26,90€	24,85€	25,85€	26,9 €		
	<b>Total</b>	87,99€	93,09€	95,25€	84,15€	88,42€	91,09€	80,32€	83,33€	86,94€		

## Annexe n° 5 : Plan de financement du nouvel Hôpital

<b>Plan de financement Nouvel Hôpital de Montfort L'Amaury (200 lits)</b>
---

<b>SUBVENTIONS</b>	
Contrat de plan État Région 1 <sup>ère</sup> tranche	2 774 082,31€
Subvention complémentaire ministère	600 000,00 €
Conseil Général	2 927 040,00 €
<b>Total Subventions</b>	<b>6 271 122,31 €</b>
<b>PRETS SANS INTERET</b>	
C.R.A.M.I.F	602 695,00 €
C.N.A.V	1 463 510,72 €
<b>Total Prêts sans intérêt</b>	<b>2 066 205,72 €</b>
<b>AUTOFINANCEMENT</b>	
Vente du Bâtiment – <i>prêt relais en attendant</i>	4 500 000,00 €
Placements de trésorerie	838 470,00 €
Excédent disponible	2 169 876,34 €
Payé au 31/12/2004	168 408,60 €
<b>Total autofinancement</b>	<b>7 676 754,94 €</b>
<b>EMPRUNT = <i>taux fixe + taux variable pour de sécurité</i></b>	<b>11 668 637,79 €</b>
<b>TRAVAUX</b>	<b>26 382 720,76 €</b>
<b>EQUIPEMENT</b>	<b>1 300 000,00 €</b>
<b>TOTAL OPERATION</b>	<b>27 682 720,76 €</b>

**Annexe n° 6 : Questionnaire à l'attention de l'ensemble du personnel de l'Hôpital Local de Montfort L'Amaury relatif au déménagement du Bois Renoult**

**Questions :**

1. Sur quel site travaillez-vous ?

Site de l'Hôpital  Site du Bois Renoult

2. Quel est votre service ?

Hébergement  Pharmacie

Services techniques  Cuisine

Lingerie  Services administratifs

3. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de l'établissement ?

4. Que pensez-vous de la construction d'un nouvel Hôpital ?

Nécessaire..... Bénéfique pour le résident.....

Pas nécessaire..... Bénéfique pour le personnel..

Ne se prononce pas.....

5. Quels sont vos sentiments à l'égard du déménagement ?

Appréhension.....  Indifférence.....

Enthousiasme.....  Ne se prononce pas..

6. Considérez-vous être suffisamment informé de l'évolution des travaux du nouvel hôpital ?

Suffisamment.....  Pas suffisamment.....

Moyennement..... Ne se prononce pas.....

7. Considérez-vous être suffisamment informé des conditions de réalisation du déménagement ?

Suffisamment.....  Pas suffisamment.....

Moyennement..... Ne se prononce pas.....

8. Considérez-vous être suffisamment préparé à la prise en charge de la personne âgée lors d'un déménagement ?

Suffisamment.....  Pas suffisamment.....

Moyennement..... Ne se prononce pas.....

9. Connaissez-vous les risques encourus pour le résident suite à un déménagement ?

Oui.....  Non.....

Si oui, quels sont-ils ?.....

Savez-vous les prévenir ?

Oui.....  Non.....

10. Pensez-vous que la nouvelle configuration des locaux modifiera vos pratiques professionnelles ?

Oui.....  Non.....

Si oui, est-ce positif • pour vous ?

Oui.....  Non.....

• pour le résident ?

Oui.....  Non.....

11. Pensez-vous que la nouvelle configuration des locaux réorganisera votre travail ?

Oui.....  Non.....

Si oui, est-ce positif • pour vous ?

Oui.....  Non.....

• pour le résident ?

Oui.....  Non.....

12. Faites-vous partie d'un groupe de travail pour la préparation du déménagement ?

Oui.....  Non.....

13. Avez-vous visité ou êtes-vous inscrit à une visite des nouveaux locaux ?

Oui.....  Non.....

14. Si non, souhaitez-vous les visiter avant le déménagement ?

Oui.....  Non.....

15. Commentaires des agents :

- *Du site du Bois Renault* : Les nouveaux locaux seront plus agréables et mieux adaptés pour les résidents, mais s'inquiètent de la qualité du nouveau matériel et de la quantité de travail au niveau entretien que les nouveaux locaux, plus grands, vont générer.
- *Du site de l'Hôpital* : Les agents ne se sentent pas directement concerné par le déménagement de la maison de retraite et indirectement par le projet de reconstruction de l'établissement et ne se considèrent pas comme étant suffisamment informés sur leurs évolutions et conditions de réalisation.

## Annexe n° 7 : Analyse des résultats du questionnaire à l'attention des agents

	Agents			
	Site du Bois Renault		Site de l'Hôpital	
	Nombre	%	Nombre	%
Sur 150 questionnaires, 29 ont été retournés, soit 19,33 % dont :	10		19	
<b>Questions :</b>				
1) Que pensez vous de la construction d'un nouvel hôpital ?				
Avis positif	10	100 %	18	95 %
Avis négatif	0	-	0	-
2) Quels sont vos sentiments à l'égard du déménagement ?				
Avis positif	8	80 %	10	53 %
Avis négatif	2	20 %	3	16 %
3) Considérez vous être suffisamment informé de l'évolution de la construction du nouvel hôpital ?				
Oui	10	100 %	12	63 %
non	0	-	7	37 %
4) Considérez vous être suffisamment informé des conditions de réalisation du déménagement ?				
Oui	9	90 %	11	58 %
non	0	-	8	42 %
5) Estimez-vous être suffisamment préparé à la PEC de la PA ?				
Oui	8	80 %	5	26 %
non	1	10 %	10	52 %
6) Avez-vous connaissance des risques encourus par les résidents lors d'un déménagement ?				
Oui	9	90 %	13	68 %
non	1	10 %	6	32 %
7) Savez-vous les prévenir ?				
Oui	7	70 %	6	32 %
non	3	30 %	13	68 %
8) Pensez-vous que la nouvelle configuration des locaux modifiera vos pratiques professionnelles ?				
Oui	10	100 %	16	84 %
non	0	-	2	11 %
9) Est-ce positif pour vous ?				
Oui	10	100 %	13	68 %
non	0	-	0	-
10) Est-ce positif pour le résident ?				
Oui	9	90 %	15	79 %
non	0	-	0	-
11) Pensez-vous que la nouvelle configuration des locaux réorganisera votre travail ?				
Oui	10	100 %	17	89 %
Non	0	-	0	-
12) Est-ce positif pour vous ?				
Oui	9	90 %	14	74 %
non	1	10 %	3	16 %
13) Est-ce positif pour le résident ?				
Oui	8	80 %	16	84 %
non	2	20 %	2	11 %
14) Faites vous partie d'un groupe de travail ?				
Oui	6	60 %	3	16 %
non	4	40 %	15	79 %
15) Avez-vous visité les nouveaux locaux ?				
Oui	8	80 %	11	58 %
non	2	20 %	8	42 %
16) Le souhaitez-vous ?				
Oui	2	100 %	6	75 %
non	0	-	2	25 %

## **Annexe n° 8 : Questionnaire à l'attention des résidents et de leurs familles du Bois Renoult relatif au déménagement du site**

### **Questions :**

1. Quelle votre situation ?  
Résident.....   
Membre de la famille du résident...   
Représentant légal du résident.....
2. Quel est votre âge ? .....
3. Quel est votre sexe ?  
Femme.....   
Homme.....
4. Depuis combien de temps résidez-vous au Bois Renoult ?  
.....
5. Que pensez-vous de la construction d'un nouvel Hôpital ?  
Nécessaire..... Bénéfique pour le résident.....  
Pas nécessaire..... Bénéfique pour le personnel..  
Ne se prononce pas.....
6. Quels sont vos sentiments à l'égard du déménagement ?  
Suffisamment.....  Pas suffisamment.....  
Moyennement..... Ne se prononce pas.....
7. Désirez-vous un accompagnement :  
Avant le déménagement..... Après le déménagement.....  
Durant le déménagement..... Aucun accompagnement.....  
  
Dans l'affirmative,
  - Quel type d'accompagnement sollicitez-vous ?
  - Par qui ?  
Un soignant.....  
Un proche.....  
Autres..... Précisez : .....

**8.** Considérez-vous être suffisamment informé de l'évolution de la construction du nouvel Hôpital ?

Suffisamment.....

Pas suffisamment.....

Moyennement.....

Ne se prononce pas.....

**9.** Considérez-vous être suffisamment informé des conditions de réalisation du déménagement ?

Suffisamment.....

Pas suffisamment.....

Moyennement.....

Ne se prononce pas.....

**10.** Souhaitez-vous visiter les nouveaux locaux ?

Oui

Non

A défaut, souhaitez-vous une présentation sur support vidéo des nouveaux locaux ?

Oui

Non

**11.** Commentaires

.....  
.....

## **Annexe n° 9 : Analyse des résultats du questionnaire à l'attention des résidents et de leurs familles**

	Résidents		Familles	
	Nombre	%	Nombre	%
Sur 70 questionnaires <sup>43</sup> , 45 ont été remplis, soit 64 % dont :	32	71 %	13	29 %
<b>Questions :</b>				
1) Que pensez vous de la construction d'un nouvel hôpital ?				
Avis plutôt positif	28	87 %	10	77 %
Avis plutôt négatif	4	13 %	1	8 %
2) Quels sont vos sentiments à l'égard du déménagement ?				
Avis plutôt positif	11	34 %	4	31 %
Avis plutôt négatif	16	50 %	7	54 %
3) Pensez vous avoir besoin d'un accompagnement ?				
Oui	28	87 %	11	85 %
Non	3	9 %	2	16 %
4) Considérez vous être suffisamment informé de l'évolution de la construction du nouvel hôpital ?				
Oui	20	63 %	5	38 %
Non	8	25 %	8	62 %
5) Considérez vous être suffisamment informé des conditions de réalisation du déménagement ?				
Oui	17	53 %	5	38 %
Non	11	34 %	8	62 %
6) Souhaitez vous visiter les nouveaux locaux ?				
Oui	23	72 %	13	100 %
Non	7	22 %	0	-
7) A défaut, souhaitez vous une présentation sur support vidéo des nouveaux locaux ?				
Oui	18	56 %	9	69 %
Non	8	25 %	0	-

### Commentaires des résidents :

- Les résidents souhaitent être plus informés sur l'évolution des travaux, les conditions du déménagement, l'impact des travaux sur le prix de journée ;
- Ils souhaitent choisir leur chambre et leurs voisins ;
- Un résident se déclare dépressif ;
- Beaucoup ont peur de perdre leurs repères.

### Commentaires des familles :

- Ils souhaitent avoir des informations quant aux critères de relogement des résidents dans les nouveaux locaux ;
- Ils appréhendent le déménagement, source de perte de repères des résidents ;
- Ils constatent qu'ils ont peu d'informations et qu'elles sont tardives, que le personnel n'est pas très disponible : ils souhaitent une réunion d'information ;
- Ils souhaitent connaître les modalités de fonctionnement des services logistiques dans les nouveaux locaux ;
- Ils pensent que les nouveaux locaux vont permettre un meilleur suivi de l'hygiène des résidents et un meilleur accompagnement.

<sup>43</sup> Le questionnaire a été rempli soit par un proche, soit par le résident lui-même.

## **Annexe n° 10 : Chronologie des travaux pour 2007**

- 19 avril : Feu type avec les pompiers
- 27 avril : Réception des travaux
- 9 mai : Commission sécurité et d'accessibilité
- 14 mai : Commission de conformité
- 16 mai : Assemblée générale d'information auprès des agents pour le déroulement du transfert des résidents (jour « J »)
- 21 mai : Briefing au cours d'une assemblée générale avec l'ensemble des chefs d'équipe et chefs de service
- 22 mai : Déménagements résidents
- 30 mai : Déménagement cuisine
- 7 juin : Déménagement pharmacie
- 25 juin : Libération des locaux du Bois Renault
- 26 juin au  
6 juillet : Désamiantage de l'ancien bâtiment
- 9 au 31 juillet : Démolition des anciens locaux
- Septembre : Démarrage de la 2<sup>nde</sup> phase (gros œuvre)

## **Annexe n° 11 : Déroutement du jour « J »**

Le transfert des résidents s'est déroulé de la manière suivante :

- 7 h 00 : arrivée – accueil des agents supplémentaires affectés spécifiquement au déménagement ;
- 7 h 30 – 9h 00: déménagement des matelas, toilettes des résidents, aide à la prise du déjeuner des résidents ;
- 9 h 00 – 12 h 00 : début du déménagement des résidents, un agent référent dans chaque unité les accueille ; un tableau récapitulatif pour chaque agent affecté au transfert avec nom du résident et horaire de son transfert leur est communiqué ;
- 12 h –12 h15 : accompagnement des résidents jusqu'au différentes salles à manger ;
- 12h15 – 13 h 00 : déjeuner des résidents dans le nouveau bâtiment ;
- 12 h 00 – 13 h 30 : les agents prennent leur pause déjeuner à tour de rôle par équipes ;
- 13 h 00 – 17 h 00 : emménagement des résidents dans leur nouveau lieu de vie, finition de l'installation des résidents, pose des tringles à rideaux et voilage.... ;
- 13 h 30 : arrivée possible des familles pour les aider à s'installer.