

E H E S P

Ecole des hautes études
en santé publique

**Directeur d'établissement
sanitaire, social et médico-social**
Promotion **2008 -2009**
Date du jury : **Décembre 2009**

UN TRANSFERT DE SITE : QUEL ROLE DU DIRECTEUR DANS CE CHANGEMENT ?

L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE INTERCOMMUNALE DE FONTENAY SOUS BOIS

Magali RINEAU

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement M. TOURISSEAU, directeur de la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois pour son accueil, ainsi que Mme KLEIN – FEILLENS, directrice des ressources humaines, qui a assuré la direction de mon stage. Je leur suis en particulier reconnaissante de m'avoir témoigné une grande confiance et de m'avoir laissé prendre des initiatives tout au long de l'année écoulée.

Je remercie très vivement M. GUYOMAR, directeur des travaux. En m'associant étroitement à ses missions, il m'a permis de découvrir le domaine des travaux en EHPAD et a su faire preuve d'un grand sens pédagogique à mon égard.

Je voudrais aussi remercier M. MENARD, directeur des soins, pour tout l'accompagnement qu'il a pu me fournir durant ces mois passés à la maison de retraite et Mme GIRAUD, cadre supérieur de santé, avec qui ce fut un vrai plaisir de travailler sur la démarche qualité notamment.

Mes remerciements vont à Mme le Docteur BANCEL, médecin coordonnateur et à tous les cadres de l'établissement qui m'ont si souvent accueilli dans leur service et permis de mieux appréhender la vulnérabilité des personnes âgées et la complexité de leur prise en charge.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des équipes de l'établissement pour leur accueil et leur contribution aux différents chantiers menés durant ce temps de stage.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1 LA MAISON DE RETRAITE INTERCOMMUNALE DE FONTENAY SOUS BOIS : UN ETABLISSEMENT EN IMPORTANTE RESTRUCTURATION	3
1.1 La maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois : une structure dépassée accueillant des personnes aux pathologies multiples	3
1.1.1 Présentation de l'établissement avant 2003	3
1.1.2 Quelques caractéristiques de la population accueillie permettant de comprendre l'environnement de travail des personnels	5
1.1.3 Quelques caractéristiques des personnels de l'établissement	7
1.2 Une rénovation longtemps attendue et qui prend du temps	8
1.2.1 Les restructurations engagées depuis 2003 : panorama général	8
1.2.2 Face à des projets étalés dans le temps, la difficulté d'une démarche participative en continu	9
1.2.3 Une simple information des résidents et de leurs proches	16
2 LA NECESSAIRE EVALUATION DU RESSENTI DES PERSONNELS	18
2.1 Le changement dans les organisations	18
2.1.1 La théorie des organisations	18
2.1.2 Le changement dans les organisations	19
2.2 Une enquête visant à recueillir les avis du personnel	20
2.2.1 Définition de l'objectif :	20
2.2.2 Préparation et méthodologie :	20
2.2.3 Les résultats de l'enquête	22
2.3 Un diagnostic issu du relevé d'opinion complété par les enseignements issus d'un autre établissement	37
3 QUELQUES PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR MIEUX ACCOMPAGNER LE PERSONNEL	39
3.1 Fonctionner en mode projet pour faire tomber certains murs	39
3.1.1 L'instauration d'un comité de pilotage	39
3.1.2 Les outils de la gestion de projet	40
3.1.3 Un projet complexe en raison de ses multiples impacts :	41
3.2 Mener une politique de communication et d'information à l'égard des personnels et des résidents	43
3.2.1 Informer le personnel : une mesure urgente dont la mise en œuvre est difficile	44
3.2.2 Le conseil de la vie sociale : une instance adéquate pour informer les résidents et les familles	45

3.3 Associer le personnel aux choix relatifs à leurs futurs outil et organisation de travail	47
3.3.1 Des choix pas si anodins	47
3.3.2 Des cadres au cœur du projet :	49
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
LISTE DES ANNEXES	59

« Lorsque les temps sont incertains, la sagesse recommande d'afficher quelques certitudes » (Pierre MORIN¹)

¹ Pierre MORIN est président d'honneur et Directeur scientifique de IDRH, société spécialisée en management et organisation. Il est également professeur à l'IAE de Paris.

Liste des sigles utilisés

APD :	Avant projet définitif
APS :	Avant projet sommaire
AMP :	Aide médico-psychologique
AS :	Aide soignant
ASH Q :	Agent des services hospitaliers qualifiés
AEQ :	Agent d'emploi qualifié
CHS CT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
EHPAD :	Etablissement D'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCSMS :	Groupement de coopération social et médico-social
GMP :	GIR moyen pondéré
IDE :	Infirmier diplômé d'Etat
MA :	Maladie d'Alzheimer
MOP :	Maîtrise d'Ouvrage Publique
MRI :	Maison de Retraite Intercommunale
PTD :	Programme Technique Détaillé

INTRODUCTION

Aujourd'hui, avec un nombre de Français âgés de plus de 75 ans multiplié par cinq en soixante cinq ans, un tiers d'entre nous est confronté à la dépendance ou à la perte d'autonomie d'un proche (parent, grand parent, ou arrière grand parent). Un certain nombre d'établissements en France, hébergeant des personnes âgées, ne sont pas adaptés à la prise en charge que nécessitent ces personnes âgées, alors même que celles-ci vont être plus nombreuses et plus dépendantes dans les années à venir. Elles vont être plus nombreuses grâce à une espérance de vie en augmentation chaque année. Elles vont être aussi plus dépendantes et ceci dès leur entrée en institution, en raison de la politique de maintien à domicile fortement soutenue par une explosion des services à domicile.

« 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 » stipule l'article 8 de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes en institution. Or, une des principales lacunes de ces établissements provient justement de leur architecture. C'est notamment le cas des établissements construits dans les années 60-70 pour un public certes âgé mais valide et dont les locaux ne sont pas adaptés ni mêmes accessibles à des personnes à mobilité réduite. Ces locaux sont encore moins adaptés à des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer² ou de troubles apparentés, qui ont perdu leurs repères spatio temporels.

La Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous Bois s'est trouvée confrontée à ce phénomène d'inadaptation des locaux à la prise en charge de personnes âgées dépendantes physiquement et/ou psychologiquement. Après quelques opérations d'humanisation, un vaste programme de reconstruction a commencé à se concrétiser en 2002. Ce programme suppose prochainement des transferts de site et notamment un transfert des résidents et des personnels devrait être organisé dans les prochains mois depuis le site dit Dame Blanche voué à la démolition vers le site Hector Malot nouvellement reconstruit. Ce site Hector Malot présente toutes les caractéristiques d'un EHPAD confortable et approprié à la prise en charge des résidents, tout en constituant un outil de travail moderne et adéquat pour les personnels. Pour autant, l'emménagement prochain dans ce nouvel EHPAD soulève de nombreuses appréhensions du personnel et des personnes âgées amenées à devoir déménager.

² Décrite par le médecin Aloïs Alzheimer en 1907, la Maladie d'Alzheimer (MA), neurodégénérative et non psychiatrique, provoque des lésions cérébrales dans les parties du cerveau qui contrôlent la mémoire, le langage, l'orientation dans le temps et l'espace. Peu à peu le malade perd le contrôle de ce qu'il dit ou fait, ne peut plus prendre d'initiative ni de décision. *Formation au Conseil général du Val de Marne -8 septembre 2009*

Echapper à une structure vétuste et inadaptée ne semble pas être un facteur de motivation suffisant. Le changement à venir semble déstabilisant, sans doute car il remet en cause nombre de points de repères. Il est vrai qu'un projet architectural ne se résume pas à la construction ou à la rénovation d'un bâtiment : il renvoie à des usages et à des pratiques sociales. Aussi, comprendre le changement dans une organisation issu d'une reconstruction de site et en piloter la conduite auprès du personnel est essentiel pour un directeur.

Aussi, ce transfert de site m'amène à me poser plusieurs questions :

- De quelle façon le projet de restructuration a-t-il été conduit et comment le personnel a-t-il été associé jusqu'à présent ?
- Comment les personnels vivent ils aujourd'hui ce changement qui approche ?
- Quels sont les moyens de faciliter l'appropriation du personnel vis-à-vis de ce projet qui désormais se concrétise ?

La problématique centrale de ce mémoire sera donc la suivante : dans quelle mesure, malgré une amélioration des conditions de travail de personnels et des conditions d'hébergement des usagers, un transfert de site pose t-il problème au personnel ?

Pour répondre à cette question, il est important de retracer les importantes et nombreuses restructurations en cours ainsi que les modalités d'association du personnel depuis le début (**première partie**). A l'approche du transfert de site proprement dit, l'inquiétude monte et il s'avère nécessaire de recueillir et d'analyser le ressenti des personnels (**deuxième partie**). De nombreuses actions doivent être coordonnées tant vers les personnels que vers les usagers afin de permettre à tous de s'approprier leurs nouvelles conditions de travail et de vie (**troisième partie**).

La méthode utilisée pour répondre à l'objectif de ce mémoire repose sur la consultation de documents internes à l'établissement (convention tripartite, programmes fonctionnels et autres documents du projet architectural, compte rendus d'instances telles que les conseils d'administration, les comités techniques et les CHSCT etc), des recherches bibliographiques, la réalisation d'un relevé d'opinion auprès du personnel, ainsi que des observations issues de réunions auxquelles j'ai assisté ou que j'ai organisées en vue de préparer le transfert de site et concomitamment de développer la démarche qualité . Les données ainsi recueillies ont été enrichies par la conduite d'entretiens que j'ai menés auprès des personnels de l'établissement. Enfin, quelques entretiens auprès des personnels d'un autre établissement ont éclairé ma réflexion et permis d'avoir un retour d'expérience issu d'un site ayant vécu une transformation similaire.

1 La Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous Bois : un établissement en importante restructuration

Différentes phases caractérisent l'évolution de la MRI : elles permettent à un établissement vétuste et inadapté accueillant des résidents très dépendants de progressivement se transformer en un EHPAD rénové et moderne.

1.1 La maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois : une structure dépassée accueillant des personnes aux pathologies multiples

1.1.1 Présentation de l'établissement avant 2003

A) A l'origine : un hospice

Fondée en 1887, la MRI a été le premier hospice créé en France par l'association de plusieurs communes (Fontenay sous Bois, Montreuil, Vincennes et Saint Mandé). Cet établissement, devenu EHPAD suite à la signature de la convention tripartite en juillet 2002 avec le Conseil général du Val de Marne et le Préfet du Val de Marne (autorité compétente pour l'assurance maladie concernant la prise en charge des soins médicaux aux personnes âgées), est un établissement public autonome intercommunal régi par la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. L'établissement offre aujourd'hui une prise en charge diversifiée en proposant des services d'hébergement (259 lits) se situant sur deux sites : le **site Hector Malot** sur lequel ne subsiste aujourd'hui³ que le bâtiment dit Renoir (67 lits) et le site **Dame Blanche** (192 lits), au sein duquel 27 lits sont dédiés à l'accueil de personnes présentant une pathologie de type Alzheimer ou troubles apparentés.

De 1992 à 2001, les nombreuses tentatives de rénovation des bâtiments du site Hector Malot n'ont jamais abouti, provoquant le ras le bol du personnel mais aussi des familles et des résidents. A ces problèmes de locaux (jusqu'en 2001, il y avait encore des chambres de 15 m² à quatre lits avec les lavabos à l'intérieur) se sont greffés à cette époque-là différents soucis d'organisation.

La rénovation du site Dame Blanche est également indispensable, l'architecture de ce bâtiment sur quatre niveaux ne facilitant ni le travail des soignants ni la mise en place d'un projet de vie approprié. Je reprends ci-après la description faite par Mélanie JULLIAN

³ Voir plan du site Hector Malot avant reconstruction en annexe n°1

(promotion 2006 – 2007) dans son mémoire pour l'ENSP⁴. Elle m'a précédé à la MRI et malgré les deux années écoulées, je suis frappée par la faible évolution tout du moins au regard de la description qu'elle faisait des services. Au sein du site Dame Blanche, les chambres n'ont majoritairement pas de douche et disposent d'un espace exigu dédié à la toilette comprenant un lavabo et des WC. En raison du peu d'espace disponible, les soignants effectuent la toilette des résidents dans un espace réduit, ce qui leur impose des postures fatigantes et ne permet pas de laisser faire le résident au maximum de ce qu'il peut faire lui-même, ce qui est antinomique avec la volonté de l'établissement de promouvoir le maintien de l'autonomie des personnes hébergées.

Ensuite, l'absence d'équipements modernes de type rails en H dans les chambres concoure à accroître la pénibilité du travail et à multiplier les troubles musculosquelettiques. L'établissement, conscient de ces défauts d'architecture et de l'obsolescence des équipements, met l'accent sur la formation aux bonnes postures dans son plan de formation annuel. La direction a également investi dans des lèves malades dont l'utilisation n'est pas systématique et pas toujours aisée en raison de l'aménagement inadapté des chambres et la volonté qu'ont certains soignants de réaliser rapidement les tâches.

Enfin, sur le site Dame Blanche, trois des quatre niveaux comportent chacun une salle à manger pour un effectif de 55 résidents par niveau. Cette disposition, absolument pas appropriée, tend à disparaître depuis les années 2000 qui ont vu se développer les « unités spécifiques » ou « petites unités » d'une capacité d'accueil limitée à 12 ou 15 chambres, avec un espace collectif et quelques espaces de service. La disposition actuelle sur le site Dame Blanche a plusieurs impacts : elle entraîne tout d'abord un niveau sonore élevé. et une circulation difficile entre les tables d'autant que 60% des résidents sont en fauteuil roulant dans les niveaux 2, 3 et 4. Quatre aide soignantes ou aides médico psychologiques circulent en permanence pour servir et aider les repas, puis desservir, sans l'aide d'hôtesse : on verra ci-dessous que ce point fait l'objet d'une attente forte des soignants.

L'architecture a pour autres caractéristiques de comporter de longs couloirs avec des locaux de service (poste de soin) situés à une extrémité, ce qui oblige les soignants à circuler en permanence pour servir et aider aux repas, et présente comme défaut supplémentaire l'absence de lumière naturelle dans ces espaces de circulation. Par ailleurs, cette configuration architecturale en grandes unités de plus de 50 résidents rend l'élaboration d'un projet de vie difficile : à ce jour, ce projet de vie n'existe pas de façon formalisée. En effet, sont hébergés dans une proximité importante des résidents à des stades de dépendance et dans des phases de démence plus ou moins avancées, rendant difficile la mise en place de projets tant leurs points communs sont parfois ténus.

⁴ JULLIAN M., *Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants*, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes.

Pour les équipes, l'architecture a induit également un fonctionnement particulier : comme le dit Caroline Sédrati-Dinet, « quantité d'exemples montrent d'ailleurs qu'il suffit parfois d'un simple aménagement intérieur pour modifier les pratiques »⁵. Actuellement, 5 agents par niveau - en effectif moyen le matin - travaillent en équipe pour « gérer » les soins, le petit déjeuner et le repas de midi. Ce fonctionnement est à l'origine - d'après les cadres et certains agents eux-mêmes interrogés - d'une attitude pouvant être qualifiée comme du désengagement : « ceux qui s'absentent de façon exagérée ou qui sont les moins actifs savent pouvoir compter sur leurs collègues de l'étage ». Ce « désengagement » rendu possible par les locaux m'a semblé accentué par l'absence de notion de « référent » que l'on voit se développer dans certaines institutions, dans lesquelles chaque soignant est référent pour 1 ou plusieurs résidents. Cette mission de « référent » couvre un sens variable et des activités plus ou moins étendues mais a le mérite de clarifier les responsabilités des agents vis à vis de personnes. Le développement de l'autonomie des agents qui va de pair avec une responsabilité accrue est une vraie gageure chez les soignants de la MRI peu habitués à ce fonctionnement.

B) Un lien fort avec deux autres établissements et la création d'un GCSMS

Le tableau serait incomplet si on omettait d'indiquer que l'établissement présente la particularité d'avoir établi une convention de gestion avec deux autres établissements : Le Grand Age à Alfortville et la fondation Favier -Val de Marne à Bry sur Marne. Aux termes de cette convention, les personnels de direction, et un certain nombre de personnels (cadre supérieur de santé, ingénieur, techniciens en informatique) sont affectés aux trois établissements. Ces derniers mettent également en commun des emplois de personnel pour les ateliers (maintenance, entretien), l'entretien du linge personnel des résidents, la fabrication des repas et leur transport entre les établissements. En 2008, la direction a fait évoluer cette convention de gestion en Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS) afin d'approfondir la collaboration de gestion entre les trois établissements et aujourd'hui une soixantaine d'agents sont détachés auprès du GCSMS. La collaboration de la MRI à un GCSMS présente l'intérêt de faciliter le « benchmarking » et la comparaison des pratiques. J'ai ainsi pu bénéficier des observations possibles sur au moins un des deux autres sites adhérents au GCSMS - la fondation Favier – qui, dans les grandes lignes, a déjà vécu une métamorphose équivalente.

1.1.2 Quelques caractéristiques de la population accueillie permettant de comprendre l'environnement de travail des personnels

⁵ Caroline Sédrati-Dinet, *L'architecture au service de l'action sociale*, Actualités Sociales Hebdomadaires, 13 février 2009, n°2596

A) Une population très dépendante

Le travail des soignants de la maison de retraite s'effectue dans un environnement caractérisé par une entrée des résidents en maison de retraite à un âge de plus en plus avancé et dans un état de grande dépendance. Ceci est la conséquence directe du développement des politiques de maintien à domicile qui constitue notamment un axe majeur de la politique en faveur des personnes âgées de nombreux départements dont celui du Val de Marne⁶.

Avec un GMP de l'établissement constaté au 31 décembre 2008 à 768,58, les soignants de la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois sont confrontés dans l'exercice quotidien de leur profession à un niveau de dépendance très élevé. L'âge moyen des présents au 31 décembre 2008 est de 84,95 ans ce qui est proche de la moyenne nationale pour les EHPAD.

De plus, au moins 60% des résidents accueillis sont à mobilité réduite, et la population accueillie à la maison de retraite est caractérisée par un taux élevé de personnes souffrant de démences. Lors du récent questionnaire sur la bientraitance demandé par la DDASS du Val de Marne⁷, le médecin coordonnateur a ainsi fait état des statistiques incrémentales suivantes : 53% de résidents diagnostiqués déments ou avec une démence avancée non évaluable, 60% si on considère en plus les résidents avec troubles cognitifs, 80% enfin en incluant les résidents avec une pathologie psychiatrique et « démentifiés⁸ ». Ce qui signifierait que sur 259 résidents, une cinquantaine seulement n'aurait pas de signe de démence.

B) Des conséquences sur le travail des agents :

La confrontation importante à la démence contribue à la pénibilité psychologique du travail des soignants. La prise en charge de ces résidents est particulièrement difficile pour les soignants qui doivent faire face à l'absence de communication, à l'agitation, aux propos incohérents et souvent répétés.

D'autres dimensions sont à prendre en compte pour situer la fréquentation de l'établissement et notamment le pourcentage de résidents admis à l'aide sociale qui est de 62.16% en 2008. Ce taux élevé, même s'il est en baisse de 6 points en deux ans, constitue une dimension structurelle importante. L'établissement accueille en effet majoritairement une population aux ressources plutôt réduites. Il m'a semblé que nombre de résidents avaient, de plus, un entourage ou une famille peu présents. Ces éléments sont à lire de deux façons : le personnel de l'établissement peine à impliquer les familles ou l'entourage dans la prise en charge de la personne âgée et peine à trouver une aide y compris matérielle (par exemple quand il s'agit

⁶ Schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées 2006 – 2010, Conseil général du Val de Marne.

⁷ Questionnaire « bientraitance » à remplir obligatoirement par tous les EHPAD pour le 30 juin 2009 et à retourner à la DDASS

⁸ présentant une évolution vers une démence en plus de la pathologie psychiatrique

d'accompagner la personne à une consultation spécialisée). A contrario, le contreponds que peut représenter une famille ou un entourage dans son rôle de vigilance et « d'aiguillon » pour l'amélioration de la prise en charge, peut s'avérer faible à la maison de retraite.

1.1.3 Quelques caractéristiques des personnels de l'établissement

A) Des personnels anciens

Un changement est véritablement acquis dans une organisation lorsqu'on repère une modification dans son système social : la dimension humaine est ainsi au cœur du changement et il est donc indispensable de présenter les acteurs et les modes de relations fonctionnels, hiérarchiques et informels actuellement en place à la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois.

Les soignants qui y travaillent (infirmiers, aides soignants et aides médico psychologiques) sont principalement des femmes (plus de 90% des effectifs). La moyenne d'âge est relativement élevée (environ 45 ans). Enfin une des caractéristiques de la maison de retraite est l'ancienneté d'une grande partie du personnel soignant : un certain nombre ont fait toute leur carrière au sein de l'établissement, en commençant en tant qu'agent des services hospitaliers et en évoluant vers la profession d'aide soignant ou même d'infirmier grâce à une politique active de promotion professionnelle mise en œuvre par les directions successives. Ce point est important car tout changement nécessite une longue période d'apprentissage supposant une compréhension des nouvelles règles, leur interprétation et leur traduction concrète. La période de changement des mentalités et des comportements sera donc d'autant plus longue que ceux ci sont enracinés profondément.

B) Un système d'autorité et de relations bien particulier

L'autorité hiérarchique directe des soignants est représentée par les cadres de santé qui sont au nombre de quatre (le cadre supérieur de santé qui a notamment la responsabilité des équipes de nuit, trois cadres de santé qui ont la responsabilité des équipes de jour dont deux sont situées sur le site Dame Blanche et une qui est située dans le bâtiment Renoir) . Ces cadres sont eux mêmes sous l'autorité d'un directeur des soins, de même que le cadre hôtelier récemment recruté qui a, lui, la responsabilité des agents de services hospitaliers qualifiés réalisant les missions de salubrité, d'hygiène des locaux et de transport interne.

L'organisation du travail au sein de la MRI est très cloisonnée et manque de lien sans doute pour les différentes raisons suivantes :

- la répartition des services d'hébergement sur deux sites géographiques distincts,
- l'absence d'un « directeur de site » assurant une cohésion et une animation générale,

- un système d'échanges et de communication limité : les temps de transmission n'existent qu'entre les équipes du matin et de l'après midi et sont réduits à une brève discussion sur les dossiers des résidents méritant d'être évoqués. Les réunions de synthèse pluridisciplinaires ne sont pas organisées régulièrement dans l'ensemble des services et il s'agit de réunions consacrées à faire le point sur l'état des résidents. Il manque sans doute un autre espace d'échange régulier permettant aux équipes d'aborder - en mode pluridisciplinaire - les problèmes d'organisation rencontrés par les équipes et de pouvoir partager sur les orientations de l'établissement, les projets, les valeurs de celui-ci.

1.2 Une rénovation longtemps attendue et qui prend du temps

1.2.1 Les restructurations engagées depuis 2003 : panorama général

« Plus un individu passe de temps dans un espace, plus ce dernier doit être en adéquation avec les besoins du premier » comme le dit P.PICARD⁹. Or, on l'a vu précédemment, les locaux de l'établissement ne répondaient pas aux besoins en matière de prise en charge et de confort hôtelier : locaux non conformes à l'arrêté du 26 avril 1999¹⁰ avec un nombre relativement important de chambres doubles (27,6% sur le site Hector Malot et 17% sur le site de la Dame Blanche). Consciente de cet état de vétusté et d'inadaptation, la direction, a entrepris depuis sept ans de lourdes restructurations¹¹. L'arrivée d'un nouveau directeur en janvier 2002 a marqué la fin d'une période et le début des grands travaux.

En septembre 2002, a ainsi commencé sur le site Hector Malot le projet de construction d'un **pôle technique** comprenant les services administratifs, les services logistiques (blanchisserie, unité centrale de production alimentaire, plate-forme de livraison, ateliers). La réception du bâtiment a eu lieu en août 2006.

En 2003, a également commencé sur le site Hector Malot le projet de reconstruction de services d'hébergement (228 lits d'hébergement) et d'un accueil de jour de 10 places¹². La réception du bâtiment est prévue pour la fin de l'année 2009. Cette nouvelle résidence dénommée **résidence Hector Malot** accueillera les résidents actuellement hébergés sur le site de Dame Blanche, lui-même ensuite voué à une démolition et une reconstruction.

⁹ Gériatrie et espaces architecturaux – P.PICARD - La revue de gériatrie, Tome 25, N°1 Janvier 2000 pages 50-51

¹⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

¹¹ Voir tableau récapitulatif des reconstructions en annexe n°2

¹² Voir plan site Hector Malot en annexe n°3

Fin 2009 commencera, avec les démolitions des anciens locaux, le projet de reconstruction du **site Dame Blanche** qui offrira des services d'hébergement (capacité 100 lits) et un accueil de jour de 10 places. Ce site devrait être réceptionné fin 2011 voire début 2012.

Enfin, en parallèle, un projet de construction d'un nouveau **site à Montreuil sous Bois** (90 lits et 10 places d'accueil de jour) peine à voir le jour mais devrait ouvrir fin 2011 ou en 2012. Ce qui permettra de démolir le dernier bâtiment Renoir du site Hector Malot avec transfert des résidents à Montreuil.

Ces « opérations tiroir » successives présentent l'intérêt de construire ou rénover en zone non occupée donc d'éviter les désagréments des travaux aux résidents présents, mais nécessitent une planification serrée afin de ne pas retarder les ouvertures. Ces opérations en revanche contraignent un jour ou l'autre les résidents à déménager pour quitter le bâtiment voué à être démolit et à emménager dans la nouvelle construction.

1.2.2 Face à des projets étalés dans le temps, la difficulté d'une démarche participative en continu

Mettre en œuvre un projet architectural nécessite d'orchestrer un projet de longue durée (4 ans à 5 ans, voire plus dans le cas par exemple de la résidence Hector Malot) faisant intervenir de nombreux acteurs en ne perdant jamais de vue l'objectif que s'est fixé le maître d'ouvrage. Classiquement, on distingue **quatre phases** dont deux font l'objet de la loi MOP¹³ :

- la phase d'organisation où est défini un projet de service ou un projet d'établissement qui est en général, même si nulle obligation légale ne l'impose, la pierre angulaire notamment du projet architectural ;
- la phase de programmation où est formalisée la commande du maître d'ouvrage ;
- la phase de conception où l'architecte dessine les premières esquisses jusqu'aux plans définitifs et procède à la consultation des entreprises. Tout d'abord, l'esquisse du projet développe les solutions architecturales possibles, les délais de réalisation, la compatibilité financière, la faisabilité avec le programme. Ensuite, se déroule la phase de l'avant projet sommaire (APS) où les réponses apportées au programme sont envisagées, et où les dispositions techniques à apporter, le site, la réglementation, la construction du dossier relatif au permis de construire sont affichés. Après a lieu la phase de l'avant projet définitif (APD) où sont définis les installations techniques, les matériaux. Enfin le projet définitif est élaboré ;

¹³ Loi 85-704 du 12 juillet 1985 : loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

- la phase de réalisation du projet dans laquelle les entreprises réalisent l'ouvrage et qui va jusqu'à la réception¹⁴.

Il est intéressant de regarder s'agissant du **site Hector Malot** dans quelle mesure le projet architectural a pu être conçu sans l'existence d'un projet d'établissement formalisé. Par ailleurs, afin de mieux comprendre pourquoi le transfert de site désormais proche peut poser problème aux professionnels qui y exercent, il est essentiel d'analyser leur niveau de consultation voire de concertation à chaque étape du projet architectural.

A) Un projet architectural en l'absence d'un projet d'établissement formalisé

De façon plutôt inhabituelle, à la MRI, la direction n'a pas placé le projet d'établissement comme un préalable nécessaire au projet architectural. La MRI n'a à ce jour pas répondu à l'obligation qu'a tout établissement médico social ou social de formaliser un projet d'établissement qui définit ses objectifs hiérarchisés, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que le bilan des points forts et faibles de l'existant. Ce projet, qui est un moyen – par exemple de décliner ensuite un projet architectural - et non une finalité en soi, doit être établi pour une durée de 5 ans¹⁵.

Alors comment faire en sorte que le projet architectural réponde aux attentes des usagers ? La convention pluriannuelle tripartite signée en juillet 2002 ne donnait finalement que peu d'indications. L'article L312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention a pour objet de garantir aux personnes âgées accueillies dans l'établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins, de définir les conditions dans lesquelles fonctionne l'établissement, de préciser les objectifs et les moyens financiers et humains à mettre en œuvre, de définir les modalités d'intervention financière des parties, de déterminer les modalités d'évaluation de l'établissement. A partir de la grille d'autoévaluation et des conclusions de la visite de préconventionnement, les points forts et les points faibles de la MRI ont été relevés. L'établissement se donnait notamment comme objectifs d'élaborer projet de soins, projet médical, projet de vie et projet d'établissement. Les documents tels que livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement étaient en cours d'élaboration et ont été depuis cette époque formalisés. Le livret d'accueil est en cours de réécriture en 2009. Un

¹⁴ Cycle de formation continue EHESP « Piloter des opérations de travaux » du 17 au 19 février 2009.

¹⁵ Obligation issue de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et de l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

projet de vie a été établi en 2006-2007 pour les unités accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer mais sans réelle application dans les unités concernées.

En revanche, un préprogramme fonctionnel initial de la future résidence Hector Malot, établi durant l'été 2002, visait à énoncer les réponses que l'établissement devait apporter aux attentes des usagers et à les traduire au travers d'une liste des locaux fonctionnels nécessaires.

Il énonce les objectifs généraux à atteindre relativement à la qualité de vie des résidents :

- préserver la plus grande autonomie possible à tous les résidents tant sociale, que physique ou psychique, maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs avec leur environnement personnel,
- préserver un espace de vie privatif aux résidents, concilier sécurité et liberté de la personne âgée, maintenir les repères concernant l'identité du résident,
- mettre à disposition le plus de confort possible dans chaque chambre tant au niveau des équipements qu'au niveau de l'espace offert (téléphone, TV, éclairage adapté, ambiance chaleureuse, ...),
- maintenir ou retrouver certaines relations sociales,
- conserver à la personne hébergée toutes ses chances de meilleure santé,
- apporter des aides pour les activités de la vie quotidienne.

Puis, il décrit les grandes fonctions qui doivent être assurées par les différents types de locaux. Enfin, il liste le nombre et la surface utile ainsi que des spécifications techniques des locaux. Quelques points méritent d'être soulignés dans ce document :

- la réorganisation du site visera à limiter les accès et à les contrôler et ceci en raison d'une construction en centre ville ;
- les espaces sociaux doivent permettre aux résidents de maintenir des liens sociaux et inciter la fréquentation de l'établissement par des personnes extérieures, notamment avec un objectif intergénérationnel. On note qu'une palette vaste de locaux est prévue : cafétéria, salles d'activité (atelier cuisine, salle à manger familles, salle d'animation), salon de coiffure, salle polyvalente pour 200 personnes ;
- la construction doit rompre avec les principes d'organisation de l'ancien bâtiment Dame Blanche en proposant des unités d'hébergement en « maisonnées » de 20 lits ou 12 lits respectivement. En cela, le préprogramme fonctionnel applique la préconisation de cette dernière décennie : comme le dit P PICARD¹⁶ « la première orientation est de diminuer l'échelle de la collectivité : l'unité de 40/45 lits environ est

¹⁶ P.PICARD, *Gériatrie et espaces architecturaux*, La revue de gériatrie, Tome 25, N°1, Janvier 2000 pages 50 - 51

sous-divisée en maisonnées » de 15 lits. Bien sûr, la répartition en personnel est bouleversée, mais l'échelle architecturale, les distances ont une dimension plus humaine ». La clarté, lumière du jour et le raccourcissement des distances sont particulièrement pointés. Les chambres doivent être individuelles d'une surface de 23 à 25 m² avec salle de bain privative suffisamment vaste pour un fauteuil roulant et sécurisante. Le caractère intime grâce à l'éclairage devra être recherché afin d'éviter un aspect trop « hospitalier ».

Il s'agit évidemment d'une base essentielle pour le projet architectural mais on peut noter que l'élaboration de ce préprogramme fonctionnel n'a pas fait l'objet d'une large concertation avec le personnel (cf infra). Ainsi, j'ai le sentiment que les interrogations qui se sont posées sur l'organisation interne de la future construction ont été partagées tardivement. C'est seulement fin 2008 – début 2009 à l'approche de l'ouverture que la direction a réellement échangé avec l'encadrement et le corps médical sur la spécialisation des unités de vie en fonction de groupes homogènes de résidents d'après leur niveau de dépendance. La direction a également entamé tardivement le dialogue à propos du fonctionnement de ces unités compte tenu de l'impact de leur distance par rapport aux « centres traditionnels » que sont l'entrée, les espaces collectifs et de vie sociale, les espaces de soins et l'administration ou encore à propos de la répartition des personnels au plus près de la charge de travail propre à chaque unité. Pourtant, tous ces aspects sont fondamentaux et doivent être largement définis et partagés car comme le dit Didier Salon¹⁷, « la raison d'être, le mode de vie intérieur de l'unité, les qualités et le « progrès » induits ne semblent pas toujours suffisamment explicites pour justifier l'intérêt de l'unité spécifique. Le qualificatif de petit souvent accolé à celui d'unité semble être un facteur faussement rassurant, car petit n'est pas synonyme de sens et ne constitue en aucun cas une garantie de pertinence ».

B) Une démarche participative continue rendue difficile eu égard la durée du projet :

Impliquer les professionnels tout au long du processus architectural est essentiel pour deux raisons : ils sont les acteurs et les utilisateurs de la structure et à ce titre doivent être les garants de sa conception ; par ailleurs, les associer constitue un fort levier de motivation des équipes. Ce levier doit être « optimisé » dans des institutions médico sociales publiques qui ne peuvent guère s'appuyer sur les habituelles sources de mobilisation du personnel. En effet, où puiser des réponses aux phénomènes de démotivation des personnels dans ce secteur où les employeurs ont peu de marge de manoeuvre sur les salaires ? L'aménagement des conditions de travail, en particulier les horaires – souvent coupés – au bénéfice des salariés, peut nuire au bien être des usagers, par exemple en obligeant ces derniers à dîner très tôt.

¹⁷ D.SALON, *Espace privé et espace institutionnel*, *Gérontologie et Société* n° 119, décembre 2006, page 30 à 37

« Dans le mode de management mené, outre la rémunération et la qualité des conditions de travail, la motivation est souvent liée à la dynamique instaurée par la direction » répond Olivier Quentin¹⁸.

Favoriser une réelle implication des agents dans un projet architectural doit se décliner sur différents modes¹⁹ : l'information simple et la communication sur l'état d'avancement du projet et les décisions prises, la consultation visant un recueil des avis qui ne seront d'ailleurs pas obligatoirement suivis, une concertation visant à infléchir en amont une décision à prendre, enfin une participation à des groupes de travail permanents ou commissions techniques pouvant aller jusqu'à une coproduction. Cette graduation doit être clairement établie et partagée avec le personnel afin d'éviter les frustrations éventuelles. Cette règle vaut pour tout projet nécessitant une implication du personnel (cf infra). L'autre règle essentielle est évidemment la continuité de la démarche participative et on peut, à l'aune de l'expérience du projet architectural de la résidence Hector Malot et du transfert de site depuis le site Dame Blanche, comprendre la difficulté de cette action en continu sur une période aussi longue de sept ans. La MRI a tenté en effet d'impliquer le personnel au cours des deux phases essentielles que sont la formalisation de la commande aux architectes (au travers de l'étude de faisabilité et du programme fonctionnel détaillé) puis la phase de choix de l'architecte.

C'est en septembre 2003 que sont réunis un comité de pilotage et un groupe d'utilisateurs dont la mission est de réaliser un programme sous la conduite d'un cabinet de programmistes. Le groupe d'utilisateurs était composé de l'équipe de direction, des cadres de santé, de la pharmacienne, de l'assistante sociale, du cadre hôtelier, d'infirmières de jour et de nuit et d'aides soignantes. Le travail confié à ce groupe d'utilisateurs est de réactualiser le programme datant de l'été 2002 et d'autre part d'analyser les potentialités du site, de définir une organisation fonctionnelle optimale (schémas et entités fonctionnelles), d'évaluer les besoins et proposer un locogramme (expression des besoins en terme de surface utile). Le cabinet de programmistes, dont l'appui est souvent nécessaire compte tenu de la technicité de la tâche, propose alors 3 scénarii (démontrant la faisabilité de l'opération) avec analyse comparative de ceux-ci par rapport à la définition théorique des besoins et estimation financière.

Il est à noter que le groupe « utilisateurs » a d'emblée disposé d'un dossier définissant un certain nombre d'éléments constitutifs du programme (nombre de lits, de locaux etc...). Aucun médecin ne semble avoir participé à ce groupe d'utilisateurs. Un comité de pilotage a-t-il existé de façon concomitante mais sans qu'aucune trace n'en soit retrouvée. Il est

¹⁸ O.QUENTIN Formateur consultant à IRFA Evolution dans l'article « Mission : mobiliser le personnel » de la revue Directions n°30 mai 2006 pages 22 à 25.

¹⁹ cf formation continue cycle « Piloter des opérations de travaux, module organiser une opération de travaux RENNES 17 au 19 février 2009 » intervenant Zied Jouida du cabinet Attitudes Urbaines

essentiel de mettre en place de telles structures organisationnelles durant un processus architectural afin que les concertations soient optimales et que les décisions soient prises dans les instances appropriées. Un comité de pilotage doit énoncer les propositions d'actions, définir les orientations, assurer la continuité de l'action. Afin qu'un tel comité soit efficace, ses membres doivent avoir été choisis pour leurs compétences mais aussi pour leurs capacités à prendre des décisions. Il comprendra généralement dans un EHPAD le directeur, un cadre de santé et le médecin coordonnateur. Dans le cas présent, le médecin coordonnateur faisait peut être partie du comité de pilotage. Le groupe utilisateurs est la structure opérationnelle qui dans le cas présent a permis au cabinet de programmistes de fournir une étude de faisabilité puis, en décembre 2003, un programme fonctionnel détaillé. La rédaction du PTD permettra aux concepteurs de disposer des éléments à prendre en compte pour la conception du projet architectural. La phase d'étude de faisabilité et la phase du programme technique détaillé donnent lieu en général à une réunion de présentation/validation du comité de pilotage, ce qui a été le cas pour le projet architectural de la résidence Hector Malot.

A ce stade, on peut faire l'observation suivante que l'animation de ce groupe d'utilisateurs par le programmiste a permis de jeter les bases du programme technique détaillé, ce qui est essentiel afin que le programme reflète les attentes des utilisateurs (le personnel) et réponde aux besoins des usagers (les résidents). Le risque majeur encouru est que le programmiste, face à une expression de besoins peu explicite ou incomplète, impose son modèle pré établi. Or, « l'architecture ne peut se concevoir de façon abstraite (échec des modèles) ni de façon analogique (la « rue », la « place », les « maisonnées »...) encore moins de façon exclusivement fonctionnelle, technique ou normative »²⁰.

L'impact de la démarche participative peut être massif ou au contraire réduit si la pluridisciplinarité n'est pas encouragée et si les utilisateurs ne sont pas écoutés et subtilement guidés. Deux remarques des utilisateurs permettent d'illustrer ces principes et la difficulté de leur application : dans le PTD, la localisation des bureaux des cadres de santé a été prévue proche des bureaux médicaux et non pas au sein des services d'hébergement dont ils sont responsables. Or dans le site Dame Blanche actuellement, les bureaux des cadres de santé sont au cœur du service d'hébergement. Les cadres visitant le futur bâtiment Hector Malot en cours de construction ont noté ce point en soulignant le caractère peu usuel de cette disposition, à la fois pour échanger avec les familles visitant leur proche et à la fois pour coordonner et encadrer les soignants. Qu'en a-t-il été très exactement ? Quelle a été l'influence du groupe d'utilisateurs à l'époque (fin 2003 lors de la phase programmation) et celle du programmiste ? Cette phase de programmation est désormais trop lointaine pour que les membres du groupe d'utilisateurs puissent en faire une restitution suffisamment précise. De plus, certains cadres de santé ont indiqué qu'un renouvellement partiel des cadres avait

²⁰ D. SALON, *cours EHESP spécialisation personnes âgées : architecture et gérontologie*, 9 septembre 2009

eu lieu, sous entendant également que ceux participant au groupe d'utilisateurs ont désormais quitté l'établissement et étaient peut être à l'origine de cette demande de position excentrée des bureaux des cadres. Ce qui montre bien la difficulté d'assurer un suivi des avis et des demandes quand un projet dure un certain temps. L'autre illustration de cette difficulté de mettre en œuvre une démarche participative autour d'un projet architectural concerne la salle polyvalente qui dès le préprogramme (août 2002) était annoncé d'une surface de 120m² et pouvant accueillir 200 personnes. La salle polyvalente fait bien une surface de 120m² environ mais les utilisateurs (notamment les animatrices) indiquent désormais qu'il leur semble difficile de l'utiliser pleinement pour les traditionnels repas avec les familles (organisés 3 fois par an, à Noël, au printemps et à l'été) réunissant jusqu'à 300 voire plus de participants (résidents et proches). Elles se disent d'ores et déjà que le hall général d'accueil devra être utilisé comme une extension de la salle polyvalente voire que certains repas se dérouleront dans les salles à manger des services. Cette dernière option présente deux inconvénients : celui de ne pas permettre un rassemblement quasi exhaustif des résidents, leurs proches et celui par ailleurs de nécessiter la mobilisation d'intervenants extérieurs en plus grand nombre (musiciens, autres dont le coût de la prestation n'est pas négligeable). Y a-t-il eu pour cette salle polyvalente application par l'architecte d'une norme ou l'existence d'un plafond eu égard la contrainte financière ? Les utilisateurs ont-ils eu voix au chapitre sur ce point ?

En janvier 2004, le programme technique détaillé ayant été élaboré, l'avis d'appel à candidature pour la maîtrise d'oeuvre a donné lieu à 57 candidatures ; 3 dossiers seulement ont été présélectionnés. Les candidats présélectionnés ont remis une offre et la MRI a fait le choix de réunir une commission technique d'utilisateurs dont elle a désigné les membres. Cette commission avait pour mission de préparer les travaux du jury, en analysant objectivement les prestations remises par les candidats. Le jury a désigné le lauréat début juin 2004. Cette commission technique était composée du médecin coordonnateur, de deux aides soignantes dont une faisait partie déjà du groupe utilisateurs réuni pour la formalisation du programme, de deux cadres de santé dont un faisait partie du groupe précité, d'une infirmière, et par ailleurs de la direction (directeur de soins et directrice des ressources humaines, directeur des travaux), de l'ingénieur travaux, du cabinet de programmiste, de la direction de l'urbanisme de la ville. Cette commission technique s'est réunie trois fois en mai 2004, sous la conduite du cabinet de programmiste. On peut noter la continuité partielle entre le groupe d'utilisateurs initial réuni pour le programme et cette commission technique chargée de donner un avis quant au choix de l'architecte. On imagine aisément des divergences quant aux demandes exprimées par les utilisateurs sur ce laps de temps (un an d'intervalle) et on mesure le risque élevé de choix non complètement éclairé. Pour autant comment faire face à des projets qui durent, dans des conditions où les personnels se renouvellent et ont une disponibilité relativement faible ?

Pour la phase de conception qui suit immédiatement le choix de l'architecte en parachevant la phase de programmation et qui se matérialise par l'APS, l'APD, le projet définitif, il n'y a pas de trace de consultation des utilisateurs. A ce stade, la démarche participative fut donc limitée de façon logique dans la mesure où, le rôle de l'architecte consiste à répondre aux besoins exprimés, et seulement ceux qui auront été exprimés par le maître d'ouvrage au travers du PTD. En effet, ce programme technique détaillé constitue le cahier des charges que doit suivre l'architecte et qui sert de base au contrat liant au maître d'ouvrage (le contrat d'ingénierie). Si la commande ne reflète pas ou mal l'ensemble des exigences du maître d'ouvrage, parce que les utilisateurs ne les ont pas clairement formulées et/ou le programmiste les a mal traduites, il sera quasiment impossible de rectifier le tir. Il serait possible le cas échéant de corriger encore certains points si des échanges sont organisés et structurés entre l'architecte et les utilisateurs ce qui ne semble pas avoir été le cas pour ce projet.

En synthèse, les interventions des utilisateurs de la MRI, sollicités pour contribuer au projet architectural, se situent essentiellement en 2003 et 2004 ; puis, ils perdent un peu de vue le projet jusqu'à fin 2008 lorsque la décision est prise de les associer à nouveau à différents choix relatifs à cette nouvelle résidence. A l'évidence, les temporalités d'un projet architectural, des personnels, voire des familles sont différentes : aussi la concertation des acteurs ne sera fructueuse qu'à la condition de reposer sur une démarche méthodologique précise.

1.2.3 Une simple information des résidents et de leurs proches

Le résident est le premier bénéficiaire du projet architectural puisque ce projet a pour premier objectif d'améliorer l'accompagnement de la personne âgée. Bien souvent, et dans le cas présent cela s'est confirmé, il est laissé à l'écart du processus architectural. Pour autant avec l'adoption de la Loi 2002-2, non seulement les droits fondamentaux des usagers du secteur et de leur entourage sont définis, mais les outils pour les garantir sont précisés : participation directe de l'intéressé à son projet de vie, livret d'accueil, contrat de séjour, charte des droits, recours possible à un médiateur, instauration de conseils de la vie sociale ... autant de dispositions qui forment un ensemble législatif s'attachant à « remettre l'utilisateur au centre ». Certes, au regard de la population accueillie (cf supra), sa participation n'est pas aisée. Difficile en effet pour des personnes présentant des dépendances psychiques ou des déficiences intellectuelles de traduire leurs besoins et leurs souhaits de façon claire. De plus, il peut s'avérer que les personnes âgées soient peu enclines à participer à un projet qui leur semble trop abstrait ou trop éloigné de leurs préoccupations. Enfin, combien de ces résidents sont entrés dans l'établissement avec une réelle volonté d'être admis, combien considèrent l'institution comme leur « propre domicile » avec le souhait de se l'approprier et de le voir évoluer à leur goût ?

Malgré ces difficultés, le directeur doit user des moyens dont il dispose pour les impliquer. La MRI a pu tenir les résidents et les familles informés grâce à deux types de réunions : d'une part le Conseil de la Vie Sociale réuni au moins deux fois dans l'année à la MRI et les réunions des familles qui se déroulent en novembre et qui visent à fournir des informations sur l'actualité de l'institution (tarification à venir, projets etc). On verra (cf infra) que les familles sont en demande d'informations sur les projets de reconstruction certainement à l'instar des résidents dès lors que le projet est en phase d'aboutissement.

Vis à vis d'un projet qui se concrétise, l'inquiétude des personnels et des résidents est de plus en plus palpable, celle des résidents venant d'ailleurs amplifier celle du personnel. Les cadres de santé sont exposés aux demandes des équipes et des usagers. Se sentant en « première ligne », ils font part à la direction dès fin 2008 des interrogations diverses auxquelles ils sont soumis et pour lesquelles ils n'ont pas les réponses.

Parallèlement, dans un contexte de plus en plus tendu dans les EHPAD avec des médias relayant les problématiques de sous effectifs par rapport à la charge de travail, de maltraitance ²¹, et avec un gouvernement ripostant à coup de plan bienveillance, d'autodiagnostic bienveillance, des familles interpellent la direction au sujet de la nouvelle résidence.

Malgré les améliorations associées au nouvel EHPAD (tant du point de la vue de la prise en charge des résidents que des conditions de travail des personnels), il apparaît que la connaissance de l'avis des personnels sur la préparation du transfert de site, sur leur ressenti vis-à-vis du nouveau projet d'EHPAD est indispensable afin de mettre en évidence les origines possibles d'appréhension voire de résistance au changement.

21 L'émission de télévision « Les Infiltrés » diffusée début 2009 sur France 2 dénonçait les actes de maltraitance dans un EHPAD de l'Ile de France et visait à faire découvrir au grand public un milieu isolé, fragilisé par ses manques d'investissements, ses structures vétustes et des conditions de travail parfois d'un autre âge. Le reportage, comme souvent dans les médias, ne s'intéressait au secteur des personnes vulnérables – ici le secteur des personnes âgées – que sous l'angle du sensationnel et du scandaleux.

2 La nécessaire évaluation du ressenti des personnels

L'enquête présentée ci après visait ainsi à mieux comprendre le sentiment du personnel face aux bouleversements à venir. Parce qu'elle a été un cadre d'échanges entre la direction et les équipes, elle a également permis aux personnels de s'exprimer et d'entendre un discours rationnel et rassurant sur les événements à venir. Ce relevé d'opinion a ainsi constitué un premier pas en vue de l'appropriation du projet par les agents.

Avant de présenter cette enquête, son déroulement et ses principaux résultats, et afin de poser un regard éclairé sur les positionnements des agents évalués grâce à cette enquête, il m'a semblé indispensable de consacrer une partie de ce chapitre à l'exposé d'un cadre théorique sur le changement dans les organisations. Pour ce faire, je me suis inspirée de deux ouvrages de P BERNOUX²² et de l'ouvrage de P LEFEVRE²³.

Mettre ainsi en perspective des observations et des résultats d'enquête avec des apports théoriques permet de plus, de faire une lecture critique de ce qui s'est passé à la MRI durant cette période - non encore achevée - de conduite des reconstructions.

2.1 Le changement dans les organisations

L'explicitation d'un cadre théorique portera sur les organisations et leur changement dont on peut se demander s'il est issu de contraintes externes, de l'environnement ou au contraire du changement en interne du système de représentation et de relations, du sens donné par les acteurs à leurs actions.

2.1.1 La théorie des organisations

Les organisations ont été longtemps analysées comme des réponses à des contraintes venant de l'extérieur selon un modèle « stimulus-réponse ». Au contraire, dans le modèle de « l'acteur créateur », l'organisation n'est pas une réponse mais un construit par des acteurs intégrant les contraintes comme éléments de stratégies.

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 »²⁴. Il découle de l'analyse de

²² P.BERNOUX, *La sociologie des organisations*, Editions du seuil, 6^e édition, 2009

²³ P.BERNOUX, *La sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du seuil, 2004

²⁴ P.LEFEVRE, 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2^e édition, Paris : Dunod

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.

Reprises par P BERNOUX, deux familles d'esprit ont théorisé l'organisation dans les situations de travail. Dans la première, l'organisation est centralisée, l'exigence de coordination est pensée à partir du sommet. L'autorité statutaire appartient au chef qui décide en raison de sa fonction. Cette vision de l'autorité et du pouvoir est celle des modèles Tayloriens. La seconde famille d'esprit rassemble ceux qui pensent que la coordination ne peut se faire efficacement que de manière horizontale, mettant l'accent sur la nécessaire approbation par les exécutants des ordres reçus (théorie de Barnard). Ces deux courants, qui marquent toujours aujourd'hui les organisations, prennent appui soit sur la relation du souverain avec ses sujets, soit sur celle des sujets entre eux. Dans les deux cas, ce qui est constitutif est la relation créée par les individus et aboutissant à la société ou à l'organisation.

Il en découle que le système est équilibré par l'ensemble des stratégies de ses acteurs. Mais toute organisation est confrontée au changement : le changement s'impose à elles.

2.1.2 Le changement dans les organisations

Règles et sens se combinent pour rendre compte des actions humaines. Les organisations devront être observées à travers les règles qu'elles se donnent (théorie de Durkheim) ; le changement consistera en de nouvelles manières de faire qui se traduiront dans des règles formelles ou informelles. Dans la tradition sociologique de Max WEBER, telle que rapportée par P BERNOUX, rendre compte du changement dans les organisations, c'est également rendre compte du sens que les acteurs lui donnent. D'après le paradigme de l'individualisme méthodologique, dont R BOUDON est le représentant en France, le sens donné à l'action est central et c'est lui qu'il faut explorer et dont il faut rendre compte. Ce sens, jamais facile à saisir, est indispensable à connaître pour comprendre les comportements. Les obstacles au changement viennent de ce que le sens des changements n'est pas clair pour les acteurs.

Le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. « Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain »²⁵ et pas uniquement de l'expression de la routine et de la passivité des exécutants. Changer une organisation (structure, hiérarchie, procédures ...) consiste à rompre ou modifier l'équilibre sous tendu par les relations de pouvoir entre les individus. Associer les individus à l'élaboration des décisions les concernant permet de réduire leur résistance.

²⁵ MIRAMON J.M., Manager le changement dans l'action sociale, Editions ENSP, 2001

En aucun cas, il ne peut être imposé du dehors, comme le dit M.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 »²⁶.

2.2 Une enquête visant à recueillir les avis du personnel

2.2.1 Définition de l'objectif :

L'objectif de l'enquête était de connaître le sentiment des personnels quant à la conduite du projet de nouvel EHPAD et connaître leur ressenti vis-à-vis du transfert dans le nouveau site. Je suis partie du postulat que la préparation d'un changement, quelle qu'en soit la nature et y compris si ce changement apporte des améliorations, est nécessaire à sa bonne conduite et que la connaissance des facteurs d'appréhension et de résistance du personnel est un préalable indispensable pour la direction.

2.2.2 Préparation et méthodologie :

Préalablement à l'élaboration du questionnaire d'enquête²⁷, j'avais en novembre et décembre 2008 eu la chance de pouvoir observer les équipes dans les différents services de l'établissement grâce à de nombreux moments passés « en immersion » dans les unités d'hébergement à des moments variés du jour et de la nuit. Ces moments d'observation ont également été des moments d'échanges avec les agents des différentes catégories professionnelles sur leur quotidien et sur leurs contraintes à ce jour. Cela fut également l'occasion de constater des pratiques professionnelles différentes selon le service, selon l'âge du professionnel, son expérience. J'ai également pu appréhender les aspects auxquels étaient attachés les agents tant du point de vue de leur quotidien que de leurs conditions de travail et pu recueillir les préoccupations d'un certain nombre d'agents en lien avec le thème du nouvel EHPAD.

Ces échanges ainsi que des expériences antérieures d'enquêtes m'ont convaincu de préparer un questionnaire essentiellement à base de questions « fermées », qui offrent une meilleure probabilité d'être renseignées que des questions ouvertes même simples. En revanche,

²⁶ M.Crozier, E.Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Editions Seuil, 1977.

²⁷ Voir annexe n°4

certaines questions fermées pouvaient faire l'objet de commentaires additionnels de la part du répondant.

A) Détermination de la population à interroger

Les personnels internes à l'établissement indépendamment de leur statut (titulaires, stagiaires, contractuels, ...) constituent la population cible (176 personnes). Tous les « métiers » ont été interrogés. L'ensemble des agents des catégories suivantes étaient priés de bien vouloir répondre à ce questionnaire : AS, AMP, IDE, ASHQ, AEQ des services hygiène des locaux, salubrité, intendance, auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, psychomotricienne), psychologue, chargés d'animation, personnel administratif (admissions, gestion des ressources humaines, services économiques), chauffeurs. L'enquête a été menée auprès des agents des 2 sites actuels : site Dame Blanche et bâtiment Renoir subsistant sur le site Hector Malot, sachant que les agents travaillant actuellement dans le bâtiment Renoir devaient répondre aux questions en faisant l'hypothèse d'une mobilité du bâtiment Renoir vers la nouvelle résidence Hector Malot reconstruite. Il m'est apparu en effet indispensable de ne pas écarter de cette enquête les agents travaillant dans le bâtiment Renoir, d'une part car leur mobilité n'est pas exclue, d'autre part afin de ne pas introduire un cloisonnement supplémentaire entre les différentes équipes de la Maison de Retraite.

B) Protocole d'enquête

La voie choisie a été celle d'un questionnaire papier en mode auto administré. Ce choix présente les avantages de respecter l'anonymat qui favorise des réponses les plus transparentes possibles, de réduire l'influence de la personne collectant les réponses, de laisser un temps de réflexion aux personnes sondées.

Mais ce mode d'enquête présente également des inconvénients tels qu'un taux d'exhaustivité des réponses généralement peu élevé, un délai de retour relativement long, avec la nécessité de relances des personnes sondées pour « récupérer » le plus grand nombre de réponses. Ici, il a fallu étendre le délai de réponses puisque les questionnaires associés aux bulletins de salaire de fin janvier devaient être retournés le 20 février et des réponses ont été admises et enregistrées durant encore deux semaines. Enfin le fait de ne pas pouvoir clarifier certaines questions ou en expliquer le contexte qui pourrait paraître incompréhensible au premier abord par la personne interrogée.

La voie de diffusion a été celle du courrier contenant la feuille de salaire de janvier 2009. Une note²⁸ était jointe au questionnaire dont la finalité était de me situer personnellement en tant qu'enquêteur, d'expliquer la motivation de cette enquête et de développer les intérêts que

²⁸ Voir annexe n°5

chaque acteur pouvaient en retirer. Par ailleurs, afin d'expliquer l'objectif de l'enquête et commenter les questions, j'ai présenté l'ensemble de la démarche lors des réunions de transmissions de chaque service (temps réunissant l'équipe du matin avant la fin de son service et l'équipe de l'après midi qui prend son poste). Ces temps de présentation orale ont été essentiels pour motiver les agents à répondre (les deux tiers ont ainsi pu être rencontrés). J'ai pour cela utilisé deux arguments :

- l'opportunité (peu fréquente étant donné les moments d'échanges réduits organisés dans cet établissement) qui leur était offerte au travers de cette enquête de s'exprimer sur le projet de nouvel EHPAD, sans aucun risque individuellement, puisque les réponses sont anonymes ;
- la garantie que je reviendrai leur présenter les résultats de l'enquête, une fois les questionnaires dépouillés. Il est vrai qu'il s'agissait d'un engagement oral uniquement mais cet argument a certainement pesé son poids face à un personnel qui à de nombreuses reprises avait souligné le manque de suivi des actions de la direction et l'absence de retour soit par rapport à des demandes faites par les agents, soit par rapport à des participations à des projets pour lesquels ils étaient ensuite sans nouvelle²⁹.

C) Rédaction et relecture du questionnaire

La rédaction a nécessité de nombreuses versions afin de peser la pertinence de telle ou telle question puis d'approcher la formulation la plus claire. Je me suis appuyée sur des relecteurs qui m'ont donné leur point de vue sur les questions. Les quatre relecteurs ont été le directeur, la directrice des ressources humaines, le directeur des soins, le cadre supérieur de santé qui est la responsable qualité pour les trois établissements du Groupement de Coopération Sociale et Médicosociale.

Ils ont été chacun, grâce à leur fonction et à leur personnalité différente, d'un apport essentiel pour ne conserver que les questions opportunes et en valider la compréhension. Néanmoins, je regrette de ne pas avoir réellement « testé » le questionnaire auprès de la population cible c'est à dire de ne pas avoir administré le questionnaire à un échantillon de soignants et d'agents de service.

2.2.3 Les résultats de l'enquête

107 personnes ont répondu sur les 176 questionnaires envoyés soit un taux de réponses satisfaisant de **60,7%**. Le dépouillement a été effectué en mars et début avril 2009. La saisie a été faite sur un tableur excel. Les analyses ont été faites globalement puis éventuellement

²⁹ Cette communication en « discontinu » et cette absence de retour d'information étaient des points soulignés lors de l'auto évaluation effectuée en 2008 dans l'établissement à l'aide du référentiel ANGELIQUE.

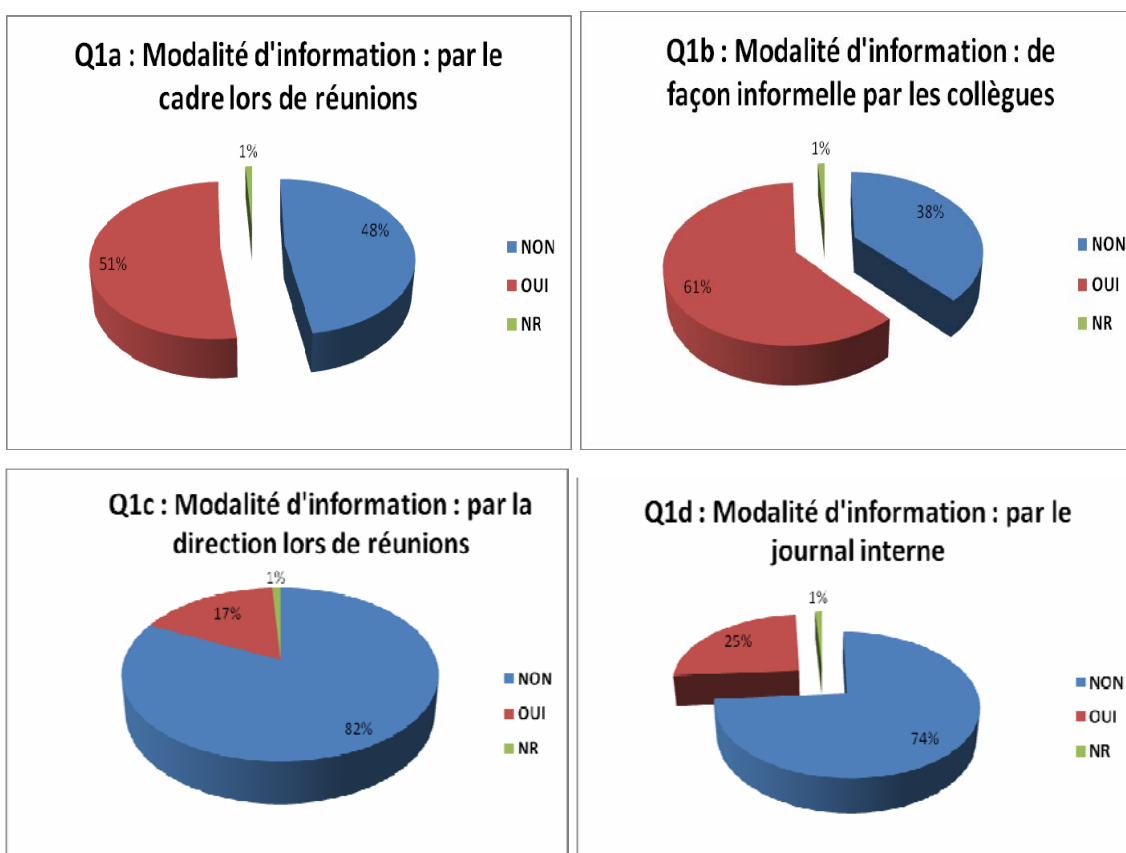
en fonction du grade si des tendances propres à l'un d'entre eux se révèlent sensiblement différentes de la tendance générale.

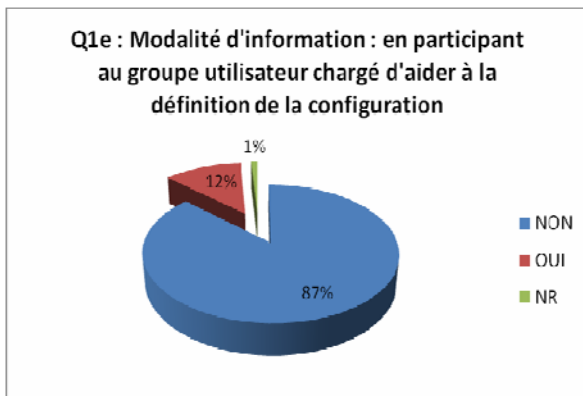
L'analyse qui suit est établie en fonction des thèmes suivants :

- Le niveau d'information du personnel jusqu'à présent (questions 1 à 4) et le fait d'avoir déjà vécu le même type d'évènement (question 5)
- Le ressenti des personnels : avis sur les pratiques quotidiennes actuelles dans l'établissement (question 8), ressenti général (question 6) ou vis-à-vis des conditions de travail à venir (question 7) puis les sources d'appréhension ou d'attente (questions 9 et 10) ou encore l'avis sur le temps de préparation (question 12), l'avis sur l'adaptabilité des résidents (question 11)
- Les dernières questions (questions 13, 14 et 15) proposaient de recenser les actions qui aux yeux du personnel devaient être organisées en vue du meilleur déroulement possible du transfert et de l'installation dans le nouvel EHPAD.

A) Une information majoritairement indirecte et jugée encore insuffisante :

Les **questions 1 à 4** visaient à savoir comment les agents avaient été jusqu'à présent informés du projet, selon quelles modalités, et permettaient de déterminer si l'information leur était suffisante.

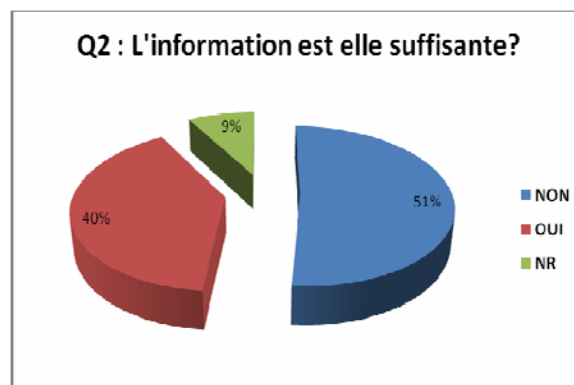




L'objectif de la **question 1** était de déterminer quelles avaient été jusqu'à présent les voies d'information sur ce projet de nouvel EHPAD.

Cette question 1 a fait l'objet d'un dépouillement pour chaque voie distinctement : la moitié des agents ont répondu avoir été informés par leur cadre lors de réunions, 61% disent avoir été informés de façon informelle par leurs collègues ; 17% seulement citent une information directement par la direction, 26% seulement citent le Journal Interne ; seulement 13% indiquent avoir été informés par le biais de leur participation au groupe utilisateur chargé de définir la configuration de la nouvelle résidence. Autre résultat : seuls 3 individus n'ont cité aucune voie d'information et 27% des agents n'ont comme seule voie d'information que celle obtenue auprès de leurs collègues.

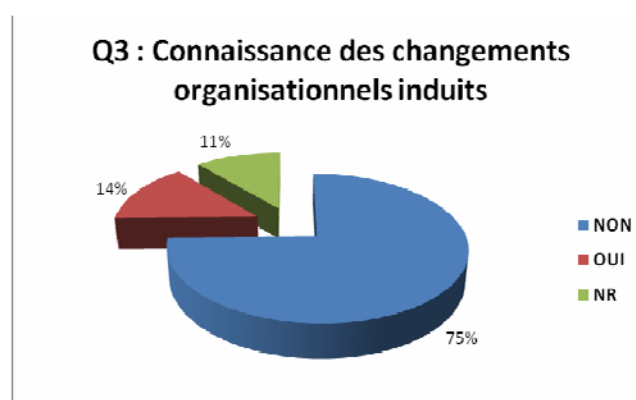
On note que la voie indirecte (de façon informelle par les collègues) qui peut s'apparenter au « bouche à oreilles » est la modalité d'information la plus citée. J'ai pu ainsi vérifier la difficulté à organiser une information directe dans ce type d'établissement où il est évidemment compliqué d'organiser des moments d'information sur le mode collectif en particulier avec les soignants au sens large, compte tenu de l'impact de leur absence au poste de travail. Cette information indirecte massive peut être un obstacle pour l'adhésion au projet dans la mesure où ce n'est évidemment pas la voie la plus fiable. J'ai pu constater au travers de nombreux exemples que les informations dites « rapportées » par un collègue étaient soit erronées soit présentées de façon la plus négative possible : par exemple quant à l'absence de parking pour le personnel dans le nouvel EHPAD, ce qui ne change pas par rapport au site actuel Dame Blanche, l'agent avait retenu, sans être allé voir lui-même que l'on ne pouvait pas se garer dans le nouveau quartier.



En dépit des différentes sources d'information mises en place, **51% des agents estiment que l'information donnée n'est pas suffisante (question 2)**. Lorsqu'on leur propose de préciser sur quels sujets ils auraient souhaité avoir une information complémentaire, les agents citent évidemment en premier lieu les aspects relatifs aux effectifs et à la répartition du personnel entre les services ainsi qu'aux futures conditions de travail ou encore la réalisation concrète du déménagement :

sur la répartition du personnel (nombre par service), la destination finale de chaque agent :	10 fois
sur la mise en route, sur le transfert à proprement parler (quand aura lieu le déménagement, le déménagement se fera -t'il service par service) :	9 fois
sur le futur fonctionnement dans les services, sur les futures conditions de travail (horaires maintenus ? organisation du roulement) :	6 fois
Sur tous les sujets et sur le déroulement du projet :	4 fois
sur la configuration du bâtiment (espace, chambres, signalisation etc) :	4 fois
sur la répartition des résidents (GIR) :	2 fois
sur l'avancement réel des travaux :	1 fois

Or, on le sait, il ne peut y avoir acceptation du changement que lorsque les acteurs sont convaincus de la **nécessité de ce changement**, et qu'ils peuvent donner leur avis sur le type de changement qui doit avoir lieu. D'après P BERNOUX, l'acceptation est conditionnée par le besoin qu'a chaque acteur de savoir approximativement où le changement va le conduire. Dans le cas présent, on peut se dire qu'un agent sur deux ne sait pas à quel changement il doit s'attendre, ni si ce changement est nécessaire donc un agent sur deux est susceptible de ne pas adhérer au changement.

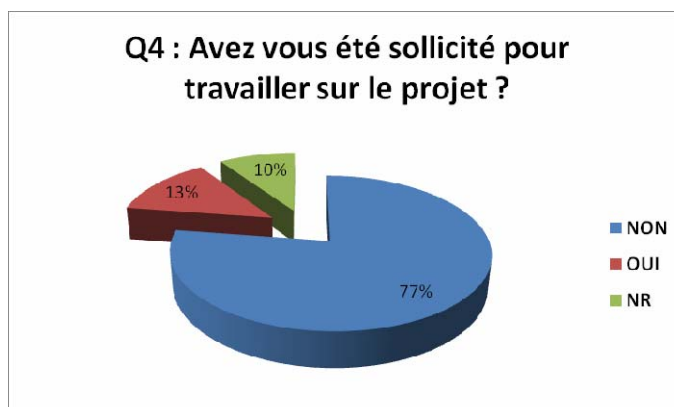


A la **question 3**, 75% des agents disent ne pas connaître les changements organisationnels induits par le transfert de site, ce qui peut être mis en relation avec la question précédente indiquant qu'un agent sur deux estime l'information non suffisante. Quand ils disaient les connaître (14% d'entre eux), le questionnaire invitait les personnes à décrire ces changements qui ont été répertoriés ainsi :

le fait de travailler seul :	2 fois
pas de recrutement, moins d'IDE, nombre de résidents face à un personnel réduit :	3 fois
vestiaires au sous sol, petites unités de 20 à 30 résidents :	1 fois
présence d'une salle de repos :	1 fois
amélioration des conditions de travail :	1 fois
contrainte :	1 fois
meilleur suivi des soins donnés aux résidents grâce à un environnement optimal :	1 fois
faire la navette :	1 fois
plus de travail du fait de la surface des locaux, du nombre des résidents et des départs massifs d'aide soignants en 2009 et 2010	1 fois

Ceci traduit à nouveau une image plutôt négative des changements à venir (peu de réponses positives). A ce stade, deux agents ont cité le fait d'avoir à travailler plus souvent dans une organisation où l'agent est seul en raison de la configuration en petites unités ; toutefois, la réponse ne permet pas de savoir si ce point est redouté ou attendu.

Les changements organisationnels cités sont peu décrits ... sont-ils vraiment connus ? Les agents ont peut être plutôt à nouveau fait part de leur ressenti par rapport à cette question.



Les réponses à la **question 4** qui demandait si l'agent avait été sollicité pour travailler sur le projet corroborent la description faite en première partie du déroulement du projet depuis ses débuts c'est à dire depuis 2002-2003 : en sept années, très peu d'agents ont participé à la définition ou à la révision du programme fonctionnel puis au choix de l'architecte ou à tout autre stade du projet. A partir de quelle proportion d'agents concernés par un réel travail de concertation peut-on considérer que le projet aura une appropriation facilitée ?

L'établissement n'a pas donné au plus grand nombre la possibilité de « dire son mot » et d'influer sur ce projet commun de construction et de fonctionnement dans cette future résidence or personne ne s'impliquera s'il ne peut infléchir ou modifier ce projet commun. Comme le dit P BERNOUX, « le verbe motiver ne devrait être utilisé qu'au mode réfléchi c'est à dire où l'action émanant du sujet fait retour à lui même , dit le Petit Robert ... on ne motive pas les gens, on leur offre des situations où ils auront envie de se motiver ».

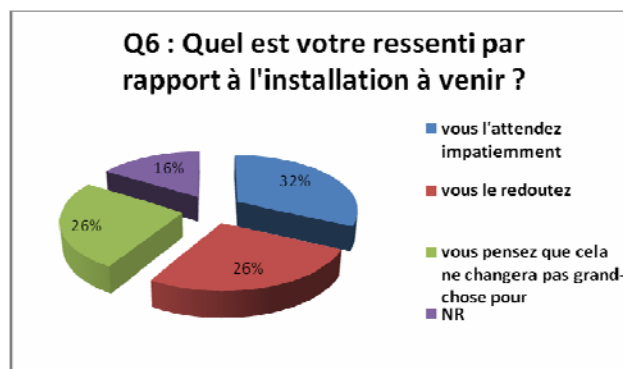


40% des agents ont déjà vécu un évènement du même type (**question 5**), ce qui est intéressant dans la mesure où cela représente une expérience toujours utile face à ce type de situation. Même si, lors d'échanges avec les soignants, on comprend que les déménagements antérieurs n'ont pas toujours été vécus dans une grande sérénité (pas assez préparés, générant un surcroît de travail et de stress).

C'est néanmoins un point positif de savoir qu'une partie des ressources humaines de l'établissement a déjà vécu un événement similaire dans la mesure où pour que les changements s'implantent de manière durable, l'organisation doit avoir pris l'habitude de changements fréquents. Une organisation qui est capable d'absorber des changements est l'inverse d'une organisation rigide où les habitudes et les traditions rendent compliquée l'introduction de toute nouveauté. Le changement remet en cause non seulement des statuts, des manières de faire mais également les régulations habituelles qui règlent les relations entre les acteurs. En traitant de la bureaucratie dans les organisations, Blau³⁰ oppose les systèmes organisationnels « ouverts » aux systèmes « fermés ». Les premiers sont plus facilement susceptibles d'évolution que les seconds car les règles qui y prévalent ne sont là que pour définir le système d'interrelations dans des situations données et ne sont pas considérées comme des lois définitives et intangibles.

B) Un ressenti mitigé vis-à-vis du projet :

Les **questions 6, 7 et 9, puis 8, 10 11 et 12** visaient à connaître le ressenti du personnel vis-à-vis de ce projet.



³⁰ P.BERNOUX, *La sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil, 2009 cite BLAU P.M. (1984), *On the Nature of Organizations, Malabar (Floride), Krieger*

84% des agents ont répondu à la **question 6** relative au ressenti général et se répartissent de façon égale entre les trois propositions de réponses qui étaient faites : un tiers attend cette installation impatientement, un tiers la redoute et un tiers pense que cela ne changera pas grand chose pour eux, excepté les infirmières qui se répartissent en proportions identiques entre celles qui redoutent et celles qui pensent que cela ne changera pas grand-chose pour elles.

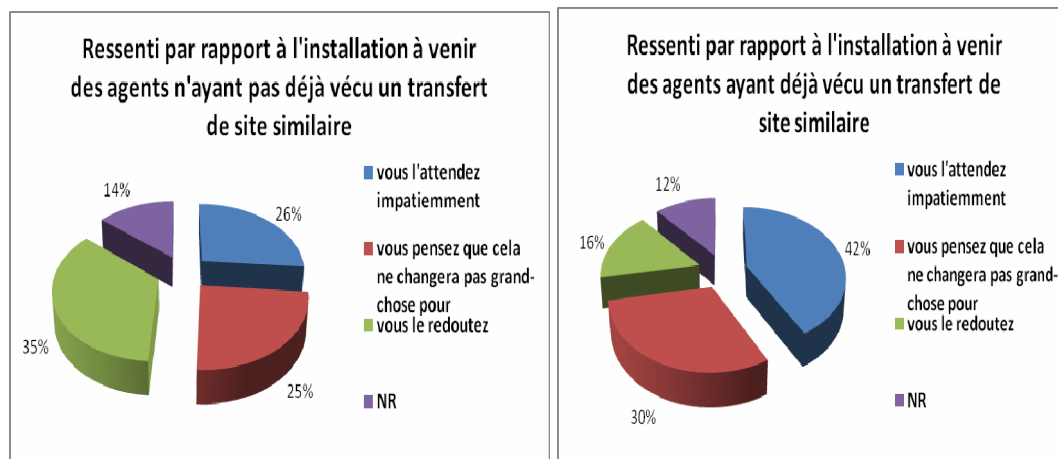
Pour chaque individu, un processus psychologique permettant de s'adapter au changement s'opère en cinq phases³¹ :

- Le refus de comprendre : cette phase relativement brève permet à l'individu de réajuster sa réalité au résultat attendu. Tout changement génère de la souffrance. Le refus de comprendre est un réflexe pour l'éviter.
- La résistance ; cette phase non seulement naturelle mais utile permet d'exorciser le sentiment de frustration, d'améliorer le changement grâce à l'argumentation ; c'est un garde fou contre l'arbitraire et cette phase permet de réguler les risques d'abus de pouvoir et de domination statutaire. Elle est nécessaire dans la mesure où elle traduit la confrontation de réalités, condition d'un changement durable. Cette résistance prend quatre formes possibles : l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage.
- La décompensation ou abandon de toute forme de résistance et le commencement de travail du deuil,
- La résignation qui se caractérise par la démission de l'individu devant les pressions personnelles ou environnementales
- L'intégration : il s'agit de l'acceptation totale du changement qui s'effectue en deux temps. 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 et son langage. Pour G.D. 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. La durée de chaque étape dépend de l'attachement de chacun à ce qui veut être changé et de sa capacité de visualiser les résultats de ce changement. Dans la population sondée, on constate des états différents des agents correspondant probablement à des niveaux plus ou moins avancés du processus psychologique de changement.

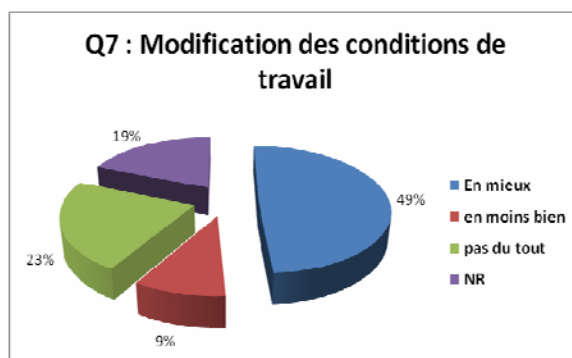
Redouter ce transfert de site traduit également sans doute un comportement de non appropriation par certains agents. P. BERNOUX définit cette appropriation par la maîtrise de l'action de travail par celui qui l'exécute, ce qui lui permet de donner un sens au travail, d'en négocier et d'en modifier les conditions. On est aux antipodes de la thèse de Taylor qui défendait une définition scientifique du travail par la direction, pour laquelle il fallait retirer

³¹ CARTON G-D-, 2006, *Eloge du changement*, 2^e édition , Paris : Village mondial , pp 56-88

toute initiative à l'exécutant ce qui évitait à celui-ci de défendre son autonomie, son pouvoir, son identité. Tant que les agents n'auront pas un espace leur permettant de maîtriser leur travail, et de donner un point de vue, ils ne pourront accepter le changement à venir. Et la volonté de maîtriser son travail c'est le désir de rester soi-même, d'exister par son travail, d'avoir une identité.



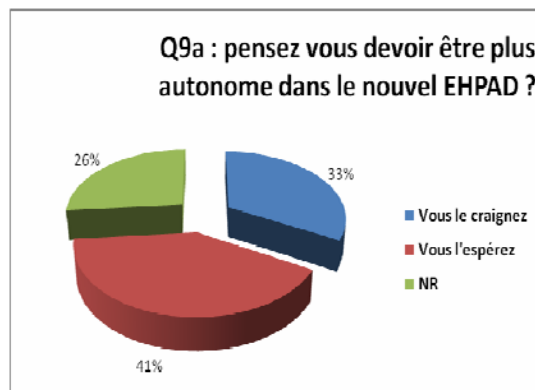
Il est intéressant de noter que les agents qui redoutent ce changement de site sont deux fois plus nombreux quand ils n'ont pas déjà vécu ce même type d'évènement.



Comme le souligne C.BADEY-RODRIGUEZ, le travail en gérontologie « expose tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative, à laquelle on ne peut jamais répondre (...). En gérontologie, s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi prendre en compte les conditions de travail des soignants »³². Partageant cette réflexion, il m'a semblé indispensable de questionner les agents sur le changement de conditions de travail. Quand la question est plus précise et en rapport avec les conditions de travail (**question 7**), la moitié estime que l'installation dans la nouvelle résidence Hector Malot va modifier en mieux leurs conditions de travail alors que 9% seulement pensent que le nouvel EHPAD va être à l'origine d'une dégradation de leurs conditions de travail.

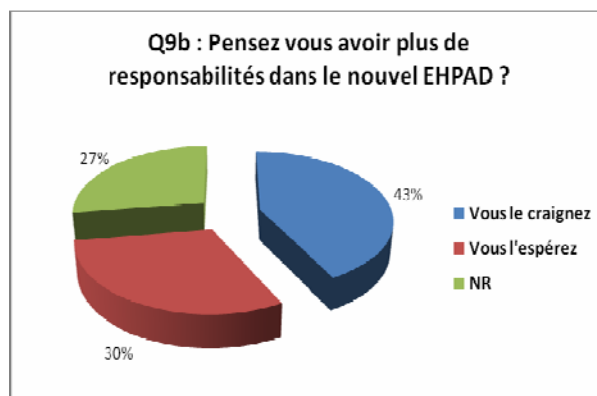
³² C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement*, Paris, Seris Arslan.

Les agents sont donc plus nombreux à considérer que les conditions de travail vont s'améliorer qu'à attendre impatiemment l'installation. L'amélioration des conditions de travail ne suffit pas à faire que les agents s'approprient le projet au point d'en attendre la réalisation. Des freins subsistent : lesquels ?



La **question 9** était destinée à préciser les motivations à l'origine des attentes et des appréhensions. Il est à noter que cette question est celle ayant suscité le plus fort taux d'abstention (26% à 28% voire 35%). Le caractère anonyme des réponses n'a pas été suffisant pour encourager à répondre à ces questions.

S'agissant de *l'autonomie* (organisation du travail dans des unités où l'agent est seul), 41% espèrent pouvoir être plus autonomes contre 33% qui le redoutent.



S'agissant du *périmètre de responsabilités*, de façon paradoxale, le rapport s'inverse avec 43% des agents qui craignent d'avoir plus de responsabilités et 30% qui en espèrent en avoir plus.

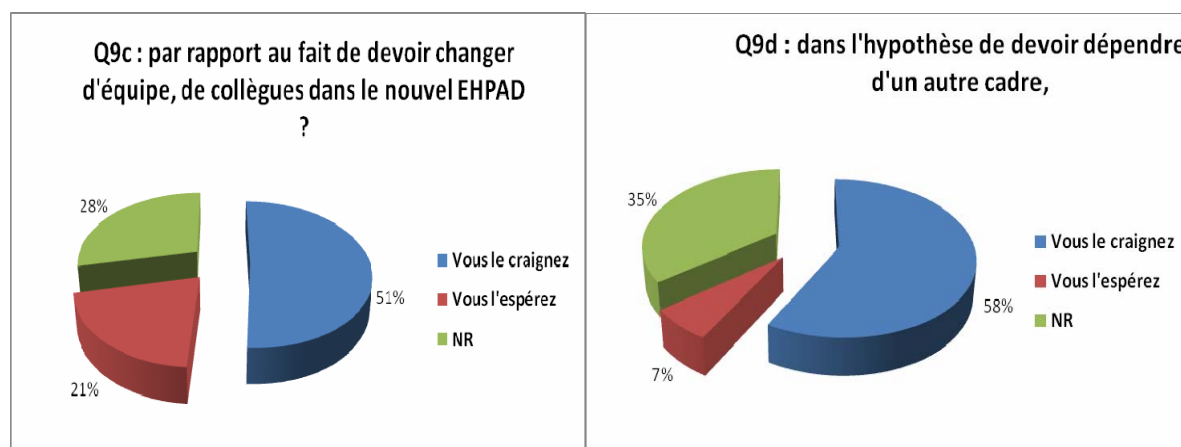
Une partie des agents sondés redoutent l'autonomie qui va leur être proposée. Préfèrent-ils continuer à faire leur travail sans y penser, sans fondamentalement s'y intéresser et sans avoir à endosser des responsabilités ? Une direction est tentée, comme l'explique P BERNOUX, sous l'influence des théories de Herzberg³³ et de Mc Gregor³⁴ de donner plus d'initiative au travail, afin d'aller dans le sens de l'épanouissement de l'homme et d'une

³³ Herzberg, F., *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, Entreprise moderne d'Éditions, 1966.

³⁴ McGregor, D., *La dimension humaine de l'entreprise*, Paris, Gauthier-Villars, 1960.

meilleure rentabilité pour l'organisation. Mais l'échec de cette volonté de redonner de l'autonomie, fondée sur une vision idéologique a priori de la nature humaine montre l'impasse d'une vision mécaniste de l'action humaine. Les agents supposés profiter de cette amélioration, doivent juger qu'elle leur est en effet profitable. A nouveau, le sens de l'action est donné par le personnel lui-même et en définitive ce sont eux qui choisissent le système qu'ils préfèrent. Une organisation fondée sur une plus grande autonomie ne fonctionnera que si les personnes concernées disposent d'une autonomie véritable qui a été négociée et si elles sont des acteurs avec des moyens de modifier les actions en cours.

Compte tenu de l'interview effectuée auprès d'une soignante de la fondation Favier qui a vécu un changement similaire en rejoignant une petite unité spécifique, je ne doute pas que cette opportunité de plus grande autonomie sera néanmoins saisie par certains soignants de Fontenay sous Bois (peut être ceux ayant déclaré l'espérer). Dans cette petite unité de la fondation Favier, l'organisation est caractérisée par un fonctionnement isolé de l'aide soignant, avec présence d'un seul aide soignant le matin et l'après midi pour encadrer 12 résidents. Cette soignante a décrit son ressenti face à la nouvelle organisation et à son rôle dans cette organisation. En l'occurrence, le fait de devoir prendre en charge seule (du moins seule dans l'unité de vie dont elle s'occupe) des personnes âgées vulnérables et de « ne pouvoir compter que sur elle » a représenté à la fois une grande source d'inquiétude mais également une grande source de fierté et la concrétisation d'un défi qu'il fallait relever. Le changement de poste dans son cas semble répondre à la théorie des besoins d' A.H. MASLOW³⁵ qui a listé - selon une hiérarchie précise - les besoins de l'être humain (besoins organiques, besoins de sécurité, besoin d'appartenance, besoin d'estime, besoin de réalisation de soi) à l'origine de ses motivations, c'est à dire de ses raisons d'agir. Le rôle offert à cette soignante a peut être permis de mieux répondre à son besoin d'estime de soi, de plus en plus difficile à satisfaire en raison de la division du travail et de la parcellisation des tâches.

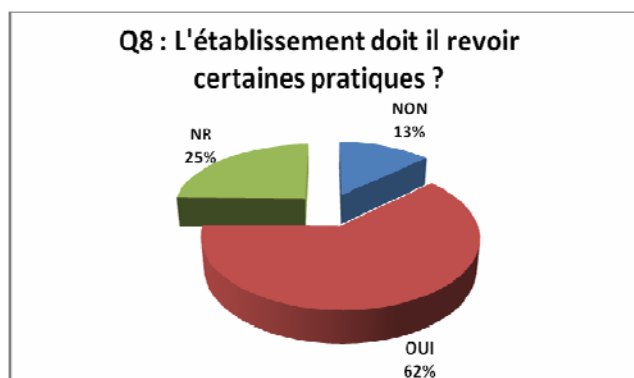


³⁵ A.H. Maslow, *Motivation and personality*, New York, Harper and Row, 1954.

La *stabilité dans les relations de travail* est fortement souhaitée puisque 50% des agents redoutent de devoir changer d'équipe, de collègues et 57% redoutent de devoir changer de cadre.

Appartenir à un groupe est nécessaire pour définir **son identité**. Sainsaulieu a montré que dans l'exercice d'un métier, l'identité se crée à travers les normes de relation aux autres (chefs, subordonnés, égaux), ainsi que dans la perspective d'un projet professionnel. « Le concept d'identité est alors très précieux pour désigner cette part du système du sujet qui réagit en permanence à la structure du système social. L'identité exprime cette quête de force que l'on retrouve dans les ressources sociales pour arriver à la possibilité de se faire reconnaître comme détenteur d'un désir propre. .. Désireux d'être, le sujet ne trouve cette plénitude que dans les moyens sociaux de codifier cette expérience³⁶ ».

L'approche psychanalytique confirme cette manière de voir. Un groupe, une entreprise, une organisation ne peut pas exister sans **un lien libidinal**, incluant les concepts freudiens d'amour - rejet, de narcissisme et d'identification (ENRIQUEZ 1983³⁷). Si l'attachement des individus entre eux est visible dans les relations et les normes de relation entre membres d'une même organisation, c'est le lien libidinal qui explique la force de cet attachement.



La **question 8** visait d'ailleurs à connaître l'avis sur les pratiques quotidiennes de l'établissement. Une forte proportion des agents (62%) pensent que l'établissement doit revoir ses pratiques, ce qui est de bon augure si on estime que le changement est considéré comme légitime pour ces agents. Les points cités devant faire l'objet d'une refonte sont les suivants :

augmenter les effectifs , avoir un peu de reconnaissance par le fait d'avoir plus de personnel soignant :	9 fois
avoir plus d'écoute pour les résidents et être plus attentifs, être plus présents auprès des résidents et bien définir le travail des AS, diminuer le travail administratif au profit des soins et du relationnel avec les résidents, personnaliser la prise en charge des résidents :	8 fois

³⁶ R.Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977

³⁷ E.Enriquez, *De la horde à l'Etat*, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 1983

revoir les conditions des repas, mettre en place un vrai service hôtelier pour la bonne prise en charge du résident dans sa globalité, embaucher des officières afin que les soignants aient plus de temps pour améliorer la qualité des soins :	5 fois
revoir l'admission, en faisant mieux circuler l'information concernant l'arrivée d'un résident, préparer plus efficacement l'accueil d'un résident, organiser le recueil et la circulation de informations entre le médecin, le psychologue et les équipes par rapport aux habitudes de vie pour pouvoir mettre en place des objectifs de soin et la planification du travail :	4 fois
tout :	2 fois
« casser » l'ennui et mettre en place des activités de divertissement, réunir tous les résidents dans une grande salle d'animation, prévoir plus de sorties :	3 fois
améliorer le confort (chambres plus spacieuses, douches) :	1 fois
revoir la distribution des médicaments afin de préserver du temps avec les médecins :	2 fois
revoir la répartition des toilettes effectuée par les AS :	1 fois
assurer une présence indispensable des IDE de nuit :	1 fois
accorder plus de temps au fonctionnement du service (transmissions etc), améliorer la coordination des actions :	4 fois
plus de d'ouverture vers l'extérieur, plus d'intervenants extérieurs, plus d'interactions ville /maisons de retraite avec des méthodes innovantes :	1 fois
plus de formations adaptées :	2 fois
pratiques d'hygiène plus approfondie (lavage des mains) :	2 fois
matériel plus adapté :	2 fois
professionnalisme de certains agents et encadrement :	1 fois

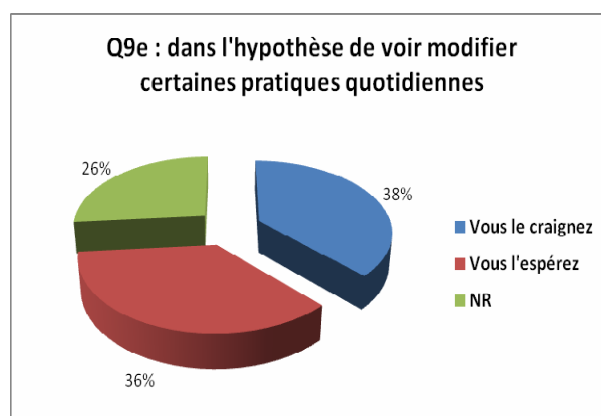
Certains de ces points font état de résultats à obtenir, d'objectifs à atteindre (par exemple, il serait souhaitable que l'établissement propose à l'avenir des prises en charge plus personnalisées). D'autres soulignent les moyens ou les voies d'actions pour atteindre ces résultats (augmenter l'effectif par exemple, améliorer la coordination et les transmissions).

Il est à noter que certains points avaient déjà été relevés par le personnel lui-même lors de l'auto évaluation sur la base du référentiel ANGELIQUE menée par l'établissement en 2008 : ainsi, la formalisation de la procédure d'accueil et d'admission des résidents ou encore la personnalisation de la prise en charge.

La phrase « avoir plus de reconnaissance par le fait d'avoir plus de personnel soignant » est emblématique d'un discours quasiment général chez les personnels de l'EHPAD. Le sujet des effectifs est récurrent, y compris dans cet établissement objectivement plutôt bien doté en personnels comparativement à d'autres établissements³⁸. Cette dotation confortable est à relativiser, les représentants professionnels des EHPAD étant nombreux à dénoncer un taux en personnels très insuffisant au regard des populations accueillies de plus en plus

³⁸ ratio de 0,6 soignants par lit

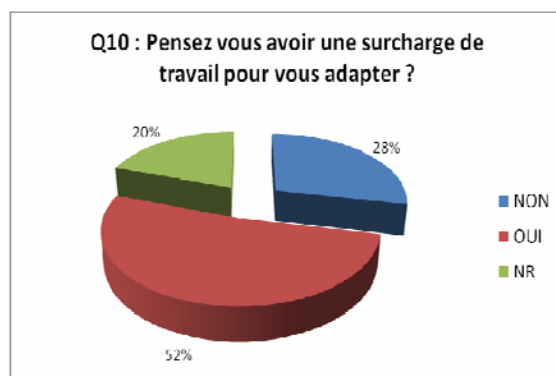
dépendantes. La revendication sur le manque d'agents soignants rallie fortement. Dans ce qui a été noté ici, un lien est même établi entre reconnaissance et effectif. On sait qu'une organisation idéale suppose différentes conditions : le maintien d'un lien d'amour, l'identification au père (l'autorité), l'acceptation des différences et de l'altérité tout en négociant la réciprocité. Autrement dit, le moi ne se construit qu'à travers autrui, par la reconnaissance de l'autre et l'existence de l'altérité suppose la création de rapports d'échanges et de réciprocité. Pour permettre la reconnaissance, le respect des différences, l'altérité tout en préservant l'unité, il faut des structures de négociation qui sont les principaux moyens sociaux de la reconnaissance. Les agents ont ainsi répété au travers de cette enquête leur désir d'être reconnus, leur regret sans doute de ne pas avoir d'échanges sur les effectifs, de ne pas disposer d'espace de négociation. La direction de la MRI aurait certainement intérêt à approfondir cette question des effectifs avec les personnels, en expliquant par exemple les bases des calculs des effectifs en EHPAD, le sens des contraintes dans les négociations avec les autorités, les liens entre effectifs, budgets et conséquences pour les usagers.



Cette question est un peu différente de la question 8 « L'établissement doit il revoir ses pratiques ? » dans la mesure où un agent peut estimer que l'établissement doit revoir ses pratiques tout en le redoutant ou tout en l'espérant. Cette question interroge plus sur l'état d'esprit de l'agent contrairement à la précédente qui demande seulement un avis sur la nécessité du changement.

Les agents – excepté les IDE - se répartissent en proportions identiques entre ceux qui redoutent et ceux qui espèrent modifier leurs pratiques quotidiennes dans le nouvel EHPAD. S'agissant des IDE, soit elles n'ont pas répondu soit elles répondent espérer modifier leurs pratiques quotidiennes. Leur réponse était assez prévisible dans la mesure où les IDE de cet établissement subissent régulièrement une surcharge de travail liée à un absentéisme ou à la vacance de certains postes. Par ailleurs, elles indiquent fonctionner sans réel projet propre à leur fonction, qui leur permettrait d'être plus partie prenante dans la prise en charge globale du résident.

Comment expliquer que cette remise en question des pratiques soit redoutée par une partie des agents ? Il s'agit d'un des nœuds de la question du changement, c'est à dire la nécessité de bousculer des habitudes. En effet, tout individu a une **rationalité limitée** c'est à dire « qu'il sait n'être en capacité d'agir que sur le peu qu'il contrôle »³⁹. Ce postulat est fondamental dans l'analyse stratégique⁴⁰. Devant tenir compte des stratégies des autres et des multiples contraintes de l'environnement, aucun acteur n'a le temps ni les moyens de trouver la solution la plus rationnelle dans l'absolu pour atteindre ses objectifs. Il s'arrête à la solution « la moins insatisfaisante » pour lui et non la « one best way »⁴¹. L'acteur est rationnel mais sa rationalité est limitée en termes de capacité cognitive et d'information disponible. De plus, on sait que toute personne agissant depuis de nombreuses années selon un certain nombre de principes et de valeurs profondément ancrées « aura les plus grandes difficultés à les modifier et a spontanément tendance à rejeter de nouvelles idées ou méthodes de fonctionnement en vertu du principe de **dissonance cognitive** »⁴². Cette notion de « déséquilibre cognitif » correspond à la réception d'une information ou d'une idée qui contrarie ce qu'un individu sait ou pense déjà, ses présupposés.



A la **question 10**, 52 % des agents ont estimé qu'ils auraient à faire face à une surcharge de travail pour s'adapter.

A la **question 12** (pensez-vous avoir le temps de vous préparer avant le déménagement ?), globalement, les agents se partagent pour parts égales entre « pas le temps de se préparer avant le déménagement » et « il y a suffisamment de temps pour se préparer », excepté pour les aides soignants qui sont plus nombreux à penser qu'ils auront suffisamment de temps. Il faut rappeler qu'au moment de l'enquête en février 2009, la date de déménagement n'était encore que très vaguement précisée (on évoquait alors le 2^e trimestre 2009). Il est certain que pour se préparer au changement, il est indispensable de l'avoir anticipé. C'est ce que dit F.KOURILSKY : « en l'anticipant et en l'imaginant au lieu de le redouter ou encore de le

³⁹ P.BERNOUX cite March, J.G., et Simon, H.A. (1958/1971), *Organizations*, New York, John Wiley et Sons ; trad.fr., *Les Organisations*, Paris, Dunod

⁴⁰ M.Crozier, E.Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Editions Seuil, 1977

⁴¹ F.W.Taylor, *La direction scientifique des entreprises*, Paris-Verviers, bibliothèque Marabout, 1957-1967

⁴² Dicquemare, D. (2000) la résistance au changement, produit d'un système et d'un individu. *Les cahiers de l'actif*, 292-293, P.83

constater a posteriori, nous pourrions mieux orienter le sens à donner à notre évolution et en être davantage l'acteur »⁴³.

Les avis sur les résidents sont très partagés (**question 11**), Les agents se répartissent de la façon suivante : 36% pensent qu'ils ne vont pas s'adapter, 36% pensent qu'ils seront mieux dans la nouvelle résidence et 11% pensent que le transfert ne changera fondamentalement rien pour eux.

C) Impliquer les agents sur la préparation :

Les **questions 13, 14 et 15** proposaient de recenser les actions de préparation possibles.

S'agissant des actions de préparation pour le personnel (**question 13**), les visites du nouveau bâtiment et les réunions d'information animées par les cadres sont fortement souhaitées : 77% et 52% respectivement des agents ont coché ces modalités. De façon moins fréquente, les agents ont cité des réunions de style flash info (31%), des groupes de travail (26%), le fait d'aller observer un autre site fonctionnant selon des modalités similaires (25%).

Ceci dénote un besoin tout à fait légitime de prendre concrètement connaissance des lieux et une préférence pour les réunions « de service » animées par l'encadrement proche. Toutefois, les agents n'ont – semble - t'il - pas complètement pris la mesure de l'ampleur des changements organisationnels nécessaires puisque la création ou participation à des groupes de travail ne sont pas fortement plébiscitées.

S'agissant des actions de préparation pour les résidents (**question 14**), 66% des agents ont proposé au moins une action, ce qui reflète leur préoccupation vis-à-vis des résidents et l'importance qu'ils donnent à juste titre à la préparation des résidents. Ce point est « réconfortant » dans la mesure où une mobilisation des agents est possible si elle est centrée sur une valeur commune qui est le bien être et le devenir des résidents. Ces actions sont de cinq types majoritairement :

- associer les familles,
- dialoguer, rassurer (groupes de parole), expliquer, anticiper et informer,
- faire visiter ou montrer par tout moyen possible (photos, films),
- changer le moins possible le cadre de vie et les repères : ne pas changer les équipes autour des résidents, ne pas changer les groupes créés de résidents,
- les faire participer à certains thèmes (déco, jardinage etc).

Le besoin de repères et de stabilité est donc une préoccupation forte à la fois des personnels (cf question 9) et en écho des résidents en tout cas d'après le point de vue des personnels.

⁴³ Kourilsky F.(1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod.

Dans quelle mesure, le besoin de stabilité des résidents, tel que ressenti par les personnels, n'induit-il pas pour partie le besoin de stabilité du personnel ?

S'agissant des actions de préparation pour les familles (**question 15**), 63% des agents ont proposé au moins une action. Ces actions sont majoritairement de quatre types : comprendre les craintes des familles et informer sur les étapes de la construction (lettres, réunions), faire visiter, produire un nouveau livret d'accueil comportant un plan, les différentes fonctions de chaque personnel, les modalités d'admission pour les nouveaux résidents à venir, etc les faire participer au déménagement dans la mesure de leurs disponibilités, ce qui serait positif pour les résidents.

Un agent a cité le développement d'une signalisation appropriée dans la nouvelle résidence, sujet important et sans doute constituant un des points faibles de l'actuel site DAME BLANCHE.

L'élaboration d'un livret d'accueil était déjà un des objectifs suite à l'autoévaluation ANGELIQUE (réalisée en 2008) et le travail s'est engagé dès le mois d'avril 2009.

2.3 Un diagnostic issu du relevé d'opinion complété par les enseignements issus d'un autre établissement

Dans l'approche sociologique de WEBER où il faut comprendre le sens que l'acteur donne à son action, ce sens n'est jamais facile à saisir et pourtant est indispensable à connaître pour comprendre les comportements. Une telle enquête permet d'approcher le sens que les acteurs donnent à leur action. Elle participe à éviter que celui – la direction - qui cherche à comprendre les comportements projette ses propres attentes et ses propres préjugés sur ces comportements et trouvent les explications qui y correspondent. Il était important de mettre en évidence que les utilisateurs de ce futur site éprouvent des craintes d'aller y travailler, et ceci malgré l'amélioration objective des conditions de travail, puis de comprendre quelles sont les origines de ces craintes et de ces résistances.

Les avis des personnels et leur ressenti sont en effet contrastés : malgré le caractère d'amélioration certain que comporte ce nouvel EHPAD tant pour les usagers que pour les conditions de travail de personnels, il se dégage de l'enquête des avis en partie négatifs.

Quel sens les personnels ont-ils jusqu'à présent donné au changement à venir lié à la reconstruction ? Ce sens est différent selon les personnes interrogées. Au regard des réponses quant à leur niveau d'information ou de compréhension, une partie du personnel ne perçoit pas clairement le sens donné à ce changement.

L'appropriation de ce projet et des nouvelles organisations de travail qui vont en découler n'est manifestement pas faite, sans doute car les agents ne dominent pas le travail qui va leur être demandé dans cette nouvelle configuration.

Le changement se prépare et ne se limite pas à la phase du transfert de site. Sa mise en œuvre réussie de façon pérenne et durable est difficile comme me l'ont témoigné le directeur de la maison de retraite qui est aussi le directeur de la fondation Favier et la directrice adjointe à la fondation Favier. En effet, dans une situation similaire de restructuration d'un site sur le principe de développement d'unités spécifiques entraînant un bouleversement des pratiques, un « élan euphorique » a été constaté au départ lorsque tout semblait tout nouveau et tout beau. P BERNOUX décrit d'ailleurs cette réaction souvent positive des personnes concernées quand elles font l'objet d'une observation dont le but est d'améliorer leurs conditions de travail. Mais le « train train » et certaines mauvaises habitudes bien ancrées sont vite réapparues. Après avoir insufflé et conduit le changement, le directeur doit l'entretenir afin de ne pas en perdre les bénéfices. Or la « dynamique est difficile à maintenir » m'ont expliqué ces deux directeurs.

Ce changement est comparable à celui que va vivre la MRI dans la mesure où la refonte de l'organisation oblige désormais des soignants à travailler seul, à être confronté seul aux usagers et parfois aux plaintes des familles. Or les plaintes des familles sont plus facilement ciblées dans la mesure où elles savent quel est l'agent « incriminé ». La directrice adjointe a décrit la difficulté des agents à prendre du recul et à analyser leurs pratiques. Pour amoindrir les résistances, il faut s'appuyer sur les normes du groupe dont l'une est la volonté d'améliorer, de rechercher la qualité. Afin de créer un besoin positif de changement, une méthode consiste à recentrer systématiquement tout comportement, attitude ou action par rapport aux effets induits sur les personnes âgées. Ainsi la directrice adjointe de la fondation Favier fonde parfois sa communication sur la référence au vécu personnel des agents (présence d'une personne âgée dans leur propre famille par exemple).

Le maintien de la dynamique passe par cette communication et le partage du sens mais également par le lancement de projets qui sont autant d'occasions d'échanges sur le sens de l'action, d'une confrontation des réalités propres à chacun et d'une harmonisation de rationalités multiples pour un alignement sur un objectif commun à atteindre.

La mise en œuvre réussie d'un changement présente tant de variables qu'il est difficile de parvenir à une ligne stratégique assurée. 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 ce changement, lever toute ambiguïté sur les risques qu'il pourrait introduire. La résistance au changement viendra se nourrir des incertitudes et des contradictions. Pour l'éviter, le directeur dispose de leviers qu'il doit utiliser afin d'accompagner le changement.

3 Quelques propositions d'actions pour mieux accompagner le personnel

Fort des enseignements de ce questionnaire, il s'agissait de proposer des actions susceptibles de préparer au mieux le changement à venir, et de sélectionner en priorité celles permettant son appropriation par les personnels.

Trois actions ont ainsi été lancées :

- conduire la préparation et le transfert de site comme un projet à part entière,
- intensifier la politique d'information et de communication de l'établissement,
- associer le personnel aux choix relatifs à leurs futurs outil et organisation de travail.

3.1 Fonctionner en mode projet pour faire tomber certains murs

Face à l'enjeu que l'institution doit relever, il m'est apparu essentiel de faire de ce transfert de site un projet à part entière, avec des instances de pilotage appropriées et une méthode de travail classique en mode projet. D'après P BERNOUX, « l'organisation en projet, qui consiste à faire travailler ensemble différents acteurs de la même organisation, emprunte à la théorie de la traduction cette idée de mise en réseau d'acteurs, qui, bien qu'ils appartiennent à la même entreprise ou organisation, se comportent comme si leurs enjeux étaient radicalement différents.... La contextualisation, la question commune et l'investissement de forme constituent les trois étapes principales de la démarche de la traduction, aboutissant à un travail commun entre des acteurs différents ».

3.1.1 L'instauration d'un comité de pilotage

J'ai proposé qu'un comité de pilotage réunissant les directeurs (chef d'établissement, directrice des ressources humaines, directeur des travaux, directrice des services économiques, directeur des soins) et le médecin coordonnateur soit constitué dès février 2009. Sa mission est de piloter les opérations nécessaires à l'ouverture de la nouvelle résidence Hector Malot et au transfert des résidents depuis le site Dame Blanche. Il est important de se poser la question des participants à un tel comité de pilotage qui doit être limité en effectif afin de garder une réelle opérationnalité et en même temps inclure les personnes appropriées, c'est à dire celles en capacité de décider. Dans le cas présent, le médecin coordonnateur a été rapidement (dès la deuxième réunion) convié en tant que membre permanent du comité de pilotage car il était évident que les sujets relatifs à l'installation des résidents devaient être abordés en lien avec le projet médical dans le nouveau bâtiment et en lien avec l'organisation du travail. Dans les EHPAD, le directeur et le

médecin coordonnateur doivent travailler en étroite coordination afin de bâtir un projet de prise en charge puis de gérer l'institution au mieux.

Dans la feuille de route du comité de pilotage, les missions ont été définies ainsi : élaborer un plan d'action en vue de l'ouverture de la résidence Hector Malot, proposer les opérations à effectuer dans la perspective du transfert des résidents, définir la politique de communication (à l'attention des personnels et des résidents), établir un calendrier prévisionnel et s'assurer du bon déroulement de chaque phase.

En février 2009 , la visibilité sur le projet permettait de situer le transfert en juin 2009. Mais les mois passant et les travaux prenant du retard, il a fallu travailler sur un calendrier glissant revu deux fois, en avril puis en juillet.

Ce comité de pilotage s'est réuni tous les mois (6 réunions durant le temps de mon stage) et j'ai pu mesurer que les effets recherchés qui étaient de fédérer les acteurs et de coordonner leurs actions ont été pleinement atteints. J'ai également pu apprécier l'importance du partage et de la formalisation autour de certains thèmes stratégiques (tels que par exemple les calculs prévisionnels des effectifs soignants de la nouvelle résidence Hector Malot) et mesurer le nombre et la variété considérables des domaines « impactés » par ce transfert de site. Il m'a semblé que l'impact du changement sur les individus n'était pas particulièrement centré sur une des trois dominantes : structure, technologies, personnes. « Le changement centré sur la structure touche les méthodes de travail, les modes de relations formelles entre les personnes, les fonctions. Le changement centré sur la technologie modifie le savoir et le savoir faire (nouveaux outils, nouvelles procédures opératoires) . Le changement centré sur les personnes touche les rôles, les comportements, les valeurs, les conditions psychologiques du travail »⁴⁴. Au contraire, un nouvel environnement architectural semble remettre en cause des éléments de ces trois registres.

Ce comité de pilotage a surtout été le moyen pour les membres de la direction et le médecin coordonnateur de partager le sens de ce projet, le sens à donner à ce nouvel établissement.

3.1.2 Les outils de la gestion de projet

Un tableau de pilotage de projet présenté sous la forme des colonnes suivantes « Etapes » , « Pilote », « Contributeurs », « Calendrier » et élaboré sous excel⁴⁵ permet de faire un suivi des opérations par le comité de pilotage. Cet outil réactualisé ainsi que les compte rendus de chaque réunion du comité de pilotage ont été diffusés entre les réunions afin de fournir à chaque participant des aides face à un projet aux dimensions multiples. Ces documents

⁴⁴ J.M.Miramon, *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, 2001

⁴⁵ voir annexe n°6

permettent aux acteurs de savoir à tout moment quelles sont les actions mises en œuvre, les résultats atteints et les actions encore à enclencher.

En termes de méthode de travail, la seconde étape après la constitution du comité de pilotage a consisté à délimiter les « dimensions » du système qui allaient être impactées par cette modification d'environnement. Cette délimitation permet d'une part d'énumérer ces dimensions donc de n'en oublier aucune, d'autre part de « diviser » un sujet ou un problème en sous sujets ou sous problèmes dont chacun a un contour précis et peut faire l'objet d'un travail moyennant des ressources adaptées.

3.1.3 Un projet complexe en raison de ses multiples impacts :

Le déménagement dans un nouveau bâtiment de configuration architecturale différente et de capacité d'accueil supérieure a bien vite mis en évidence que tous les domaines de l'organisation au sens large devaient être abordés, et le cas échéant devaient faire l'objet d'une description dans le fonctionnement cible. Outre l'équipement en mobilier et matériels, la signalétique, les circuits logistiques, il a fallu concevoir et formaliser l'organisation médicale, soignante, hôtelière, définir les effectifs cibles eu égard à l'accroissement de capacité, la profonde modification architecturale obligeant à repenser la répartition des personnels.

Certains domaines de l'organisation ont pour cela nécessité de faire un état des lieux dans leur fonctionnement actuel. En insistant sur la nécessaire connaissance du système P BERNOUX s'inspire d'un paragraphe de « L'acteur et le système » de M CROZIER (1977) intitulé « la nécessaire priorité à donner à la connaissance ». D'après lui, la première condition d'introduction d'un changement est donc la bonne connaissance des problèmes réels et des données de base. P BERNOUX complète cette idée en indiquant qu'il existe souvent un écart entre les représentations que les dirigeants, les cadres se font du fonctionnement réel de l'organisation et ce que pensent et vivent les personnels ou encore leur hiérarchie de proximité. La connaissance des problèmes réels, des éventuels dysfonctionnements ne peut pas s'obtenir sans son expression par les salariés eux-mêmes, ne peut être fondée que sur une observation attentive et sur la parole de ceux qui vivent les situations de travail. Or, à la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois, les dirigeants et les cadres de santé dits pourtant de proximité m'ont semblé méconnaître certains aspects de l'organisation.

Un travail de concertation a été entamé, qui est illustré ci dessous, par la définition des fondements de l'organisation médicale : spécialisation des unités d'hébergement et répartition des unités entre les différents médecins.

A) la constitution d'unités d'hébergement « homogènes » en termes de profils des résidents : les bases du futur projet de vie

« Le projet de vie trouve son application dans trois domaines : le cadre architectural, l'organisation du travail, et le cadre éthique...Son élaboration doit précéder toute réflexion sur une réhabilitation architecturale ou une réorganisation du travail »⁴⁶. Or, comme cela a été dit ci - dessus (cf 1^{ère} partie), le projet d'établissement dans sa dimension du projet de vie n'existe pas à la maison de retraite intercommunale de Fontenay Sous Bois ; seul le programme fonctionnel du bâtiment énonçait des unités autonomes de 20 lits et des unités pour résidents Alzheimer de 12 lits. Mais confronté à la concrétisation prochaine du transfert des actuels résidents, il a bien fallu définir la destination cible de ces résidents, pas tant du point de vue individuel ou nominatif – qui sera un travail à penser et à formaliser ultérieurement – mais du point de vue des règles de « répartition » de ces résidents.

Cette notion de « répartition » renvoie aux projets de soin et de vie qu'une direction doit co-définir avec le personnel. Cette étape a donc été organisée en deux temps :

- un échange en comité de pilotage entre la direction - qui a fait part de son orientation privilégiée, c'est à dire le développement d'une sectorisation - et le médecin coordonnateur. Par sectorisation, on entend pour les neuf unités polyvalentes de 20 lits chacune, la constitution de groupes homogènes du point de vue de la dépendance au regard du GIR présente l'avantage de répartir les ressources en personnel au plus près de la charge dans chaque unité et permet d'élaborer un projet de vie spécifique donc différent selon que l'autonomie moyenne des résidents est importante ou pas ;
- puis des réunions ont eu lieu entre le médecin coordonnateur et les cadres afin d'établir quelques scénarios. Deux contraintes ont principalement été identifiées :
 - une disposition de trois unités de tous les niveaux possibles de dépendance par plateau du bâtiment (horizontalement donc) afin d'avoir à la fois des unités aux résidents « lourds » avec un personnel plus important et des unités aux résidents « légers » nécessitant des densités en personnel moindres.
 - Une configuration du nombre d'unités respectivement « lourdes », « moyennes » et « légères » permettant au regard de la population actuelle de gérer les nouveaux entrants. En effet, l'accroissement de capacité (de 192 lits à 228 lits au total) représente 15 lits supplémentaires au total dans les unités polyvalentes : or selon que ces lits sont réservés à des résidents lourds ou pas, le nombre respectif d'unités homogènes de chaque type varie. Ce paramètre est bien entendu également corrélé à l'équilibre budgétaire de l'établissement puisque la tarification des sections dépendance et soin est liée aux profils des résidents admis.

⁴⁶ J.J. AMYOT, *Guide de l'action gériatrique*, Editions Dunod, 1997

B) La répartition du travail entre médecins : l'affaire des médecins uniquement ?

Le médecin coordonnateur et les deux médecins salariés se répartissent la prise en charge médicale des résidents actuellement à Renoir (bâtiment restant sur le site Hector Malot) et à Dame Blanche. Le médecin coordonnateur assure cette fonction de médecin traitant pour un mi temps et le médecin chargé du suivi des résidents hébergés à Renoir est également à mi temps (avec une activité libérale pour son autre mi temps). Quid de la répartition du suivi médical des résidents entre les trois médecins dans l'optique de la nouvelle résidence Hector Malot ? Les trois médecins se sont accordés entre eux et ont présenté leur scénario au directeur en mars 2009. Il est à noter que cette répartition n'est pas équitable du point de vue du nombre de lits c'est à dire de la répartition de la charge. Fallait-il donner moins de marge de manœuvre sur cette question et prendre le risque d'empêcher leur appropriation en dépossédant les médecins d'un sujet qui les concerne en premier lieu ?

J'ai pu observer sur ce point une position légèrement défensive du médecin coordonnateur qui, je l'interprète ainsi, cherche à garder un « pouvoir » en contrôlant certains sujets de l'organisation médicale. Cette réflexion m'était déjà venue à l'esprit lors du travail autour de la définition des axes de progrès pour l'établissement suite à l'auto évaluation effectuée en 2008 sur la base du référentiel ANGELIQUE. Un axe de progrès a ainsi été planifié pour 2010 qui est celui de l'élaboration du projet médical et du projet de soins. En partageant avec les membres du comité de pilotage pour la démarche qualité sur la définition et le contenu d'un projet médical et d'un projet de soins, je me suis très vite aperçue que parler de la politique de prescription médicamenteuse comme un volet indispensable du projet de soins était un sujet délicat. « Le médecin a de toute façon sa complète liberté de prescription » a énoncé le médecin coordonnateur, ce qui est d'ailleurs discutable dans un contexte économique tendu où le forfait de soins des EHPAD devra intégrer toutes les dépenses de soin.

Mais d'autres circonstances devaient très vite me permettre d'apprécier l'ampleur des enjeux de pouvoir dans l'établissement (cf ci dessous la partie 3.3.2).

3.2 Mener une politique de communication et d'information à l'égard des personnels et des résidents

La communication devient un outil central dans un projet de changement. Elle doit préparer, accompagner et consolider le changement au cours du processus de transformation. Dans un premier temps, elle contribue à la préparation du terrain et s'attache à ce que l'alignement entre la culture de l'organisation et la vision nouvelle ne soit pas trop en décalage. Puis la communication a un double rôle, celui de se substituer à la matérialité d'un projet - tant que

celui-ci ne s'est pas concrétisé avec des résultats finaux visibles - et celui de créer et de maintenir une dynamique de flux et d'action.

Un axe fort de travail du comité de pilotage fut l'instauration d'une communication vis-à-vis du personnel et des résidents, permettant de fournir des informations sur les enjeux poursuivis, d'énoncer les décisions prises ou les résultats atteints.

3.2.1 Informer le personnel : une mesure urgente dont la mise en œuvre est difficile

Les résultats du relevé d'opinion – en particulier les rubriques relatives à l'information - ont montré la marge de progrès et les attentes des personnels en termes d'information sur la nouvelle résidence et sur le transfert des résidents. Plus généralement, dans le cadre de l'auto évaluation effectuée en 2008, l'auto diagnostic tirait comme enseignement un manque de communication au sein de l'institution . « Pas assez d'information sur les projets en cours », « une absence de retour de la direction aux questions posées » furent également des propos que j'entendis durant les premiers temps d'observation et d'immersion dans les services. Or une des premières obligations du directeur est de communiquer sur les objectifs poursuivis, de façon claire, en se mettant à la portée de l'auditoire, et de façon répétée car on connaît la distorsion entre le message émis et le message réceptionné.

Les membres du comité de pilotage ayant pu partager en février et mars 2009 sur un certain nombre de principes d'organisation donc sur un contenu pouvant faire l'objet d'une communication, ont ensuite réfléchi aux modalités de cette communication.

Une réunion plénière d'information a été choisie, ce type de réunion n'étant pas la configuration idéale pour favoriser l'expression des agents, mais des réunions en sous groupes n'étant pas possibles car multipliant le nombre d'interventions.

Lors de ces séances plénières La direction se heurte comme souvent dans ces structures médico sociales à une présence partielle du personnel (dans le cas présent un gros tiers du personnel était présent), obligé d'assurer un service minimum et une présence dans les unités d'hébergement. Cette difficulté pratique ne doit pas être sous estimée. Afin de pallier en partie cet inconvénient une note d'information destinée à être distribuée et affichée dans les locaux du personnel a également été élaborée⁴⁷ . Elle met à disposition du personnel les principaux éléments institutionnels arbitrés à sa date de diffusion. Une autre modalité peut consister à demander aux cadres d'être des relais de cette communication. Cette option n'a pas été retenue. Les cadres peuvent être des relais de communication à la condition de s'être eux mêmes appropriés le fond et la forme des messages, et d'avoir un positionnement clair (cf 3.3.2).

⁴⁷ Voir annexe n°7

Cette communication telle que réalisée présente à mes yeux différentes lacunes. Je ne reviendrai pas sur le fait qu'elle n'a pas été précédée de temps suffisants de partage et d'échanges sur le sens de l'action (voir 1^{ère} et 2^e parties). Elle a fait l'objet d'une conception réductrice se limitant à la définition de « transmission d'information », en excluant sa composante de « communion »⁴⁸.

En revanche, d'autres conditions pour sa réussite ne me semblent pas avoir été réunies telles qu'un diagnostic de la communication effectuée jusqu'à présent, une définition précise des objectifs à poursuivre à travers cette communication et une caractérisation des cibles, une formalisation du plan de mise en œuvre (calendrier). Afin d'illustrer ce dernier point, cette communication institutionnelle « descendante » n'a par exemple pas été actualisée c'est à dire répétée lors de changements ou d'aménagements dans les décisions prises - ou bien a été actualisée dans le désordre. La difficulté est en effet d'organiser, d'orchestrer cette communication non pas selon le mode « one shot » mais selon un tempo qui doit épouser l'avancement du projet. Le risque est sinon celui d'une cacophonie, certains personnels ayant une information différente du fait de leur participation à des groupes de travail et le risque est in fine celui d'une image d'une direction qui ne sait pas où elle va.

Il est donc essentiel de tracer les moments d'information et les messages délivrés, de s'assurer de leur concordance, de remettre à échéances régulières tout le monde au même niveau.

Toutefois, elle a en partie porté en partie ses fruits, de même que la communication faite autour de l'enquête (communication auprès des équipes, des cadres et en CHSCT) et de ses résultats puisqu'en juin 2009, des échanges avec les agents et les cadres m'ont permis de vérifier la meilleure appropriation du projet, du sens donné aux réflexions entamées.

3.2.2 Le conseil de la vie sociale : une instance adéquate pour informer les résidents et les familles

Les résidents, leurs familles interpellent régulièrement le personnel et la direction depuis fin 2008 sur le nouvel EHPAD. Les agents démunis ont maintes fois interpellé à leur tour la direction « on ne sait pas quoi leur dire ». Les questions portent à la fois sur les aménagements intérieurs, les futures conditions de fonctionnement de la résidence mais également sur la date du déménagement à proprement parler. Le conseil de la vie sociale est l'instance tout à fait appropriée pour informer ou consulter les usagers. La loi n°2002 du 2 janvier 2002 est venu rappeler l'obligation de mettre en place un conseil de la vie sociale, dont le décret d'application a été publié au Journal Officiel du 27 mars 2004⁴⁹. Cette instance est notamment consultée sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et

⁴⁸ Je reprends ici les développements de B. PARENT « cours de communication » EHESP du 31 août 2009.

⁴⁹ Décret n°2004 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation instituées à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles.

du projet d'établissement. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement : organisation intérieure et vie quotidiennes activités et animations, projets de travaux et d'équipement, entretien des locaux. « Le CVS est un espace de débat original, d'échange et de pensée, de considération de l'autre dans toutes ses différences. Il est un lieu d'apprentissage de la démocratie, d'expression des conflits dans la reconnaissance des compétences de chacun. C'est à nous professionnels de l'adapter aux populations que nous accueillons »⁵⁰ .

En comité de pilotage, il a donc été décidé de faire une information spécifique sur la future résidence et l'emménagement des personnes accueillies lors du CVS d'avril 2009.

On peut noter que les échanges ont principalement porté sur :

- la date d'ouverture de la nouvelle résidence avec une appréhension exprimée par les familles que le déménagement ait lieu juste avant l'été c'est à dire lors d'une période de congés où les résidents auraient été dans de nouveaux locaux et pour partie sans entourage familial pour les rassurer,
- le principe d'organisation des unités de vie spécialisées (homogénéité selon le niveau de dépendance avec comme principal argument donné de proposer une densité en effectifs soignants au plus près du besoin). Il a été également annoncé le principe du changement d'unité si l'état du résident se dégrade.

Enfin, la direction a proposé que des visites soient effectuées sur deux modes : une visite type des locaux de manière globale quelques temps avant l'ouverture pour permettre aux familles et résidents qui le souhaitent de prendre connaissance du nouveau bâtiment puis une visite personnalisée de la chambre, celle-ci une fois affectée. Il s'agissait ici de couper court à d'éventuelles demandes des familles de pouvoir choisir leur chambre. Ce point essentiel du projet avait été heureusement abordé en comité de pilotage et la décision avait été prise de ne pas laisser le libre choix de la chambre compte tenu de l'impossibilité de gérer les nécessaires arbitrages.

En outre, le président du CVS a été amené, à l'instar d'un grand nombre d'acteurs, à voter sur les noms des unités (voir infra).

Cette façon de faire est, me semble - t'il, une manière de procéder a minima si on considère illusoire voire hypocrite de travailler à l'amélioration des services rendus aux populations accueillies, sans qu'elles y soient étroitement associées. Le président du conseil d'administration a d'ailleurs lui-même souligné, s'agissant de la participation des usagers à un certain nombre de décisions relatives au nouvel EHPAD, que ces usagers auraient dû être consultés par rapport au choix des mobiliers, consultation délicate à mettre en œuvre et que l'établissement n'a pas organisé.

⁵⁰ Janvier, R., Matho Y. (1999), *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod,

Nombre d'établissements doivent encore faire un pas important : connaître les besoins, attentes, désirs des usagers passe par le fait de faire appel à leur parole, en arrêtant d'utiliser le contre argument à leur participation que constitue l'obstacle de l'état de dépendance physique et / ou psychologique des personnes accueillies.

3.3 Associer le personnel aux choix relatifs à leurs futurs outil et organisation de travail

Dans l'objectif de rallier le personnel au projet commun, comme étant une condition de réussite de ce projet, il a été décidé d'associer le plus souvent possible les agents aux choix de leurs outils de travail et à la définition de l'organisation. Qui est en effet mieux positionné pour exprimer les besoins que les utilisateurs eux mêmes ? Dans le même temps, j'ai pu mesurer le positionnement central et la place de l'encadrement dans ces établissements dès lors qu'on remanie l'organisation.

3.3.1 Des choix pas si anodins

Qu'il s'agisse des mobiliers (lits médicalisés, chevets, assises, tables, etc), des équipements et matériels - médicaux ou non -, des groupes d'utilisateurs ont été constitués afin de juger et tester les échantillons proposés.

Cette procédure est essentielle afin d'obtenir l'adhésion du personnel aux différents choix effectués, leur permettre de se projeter dans la nouvelle organisation et commencer à reconstruire leur nouvelle identité. J'ai pu ainsi prendre conscience que les choix de matériels et d'équipements renvoient quasiment toujours à des questions d'organisation et de projet de soins et de vie dans un EHPAD, et dans ce sens j'ai mesuré l'importance de les discuter de façon collégiale avec les personnels. Pour illustrer ce point, je me réfère à une discussion sur les besoins d'achats d'équipements hôteliers et plus précisément d'ustensiles de service des repas. A partir d'un recensement basiques des louches ou cuillères, nous avons abordé le thème de la prise en charge des résidents durant les temps de repas dans les unités où les résidents sont les plus autonomes. Fallait-il opter pour une organisation avec un agent hôtelier servant tout le monde ou pour une organisation où les résidents pourraient se servir seuls à chaque table. A partir d'un point de détail, le groupe de travail s'est finalement interrogé sur la notion d'autonomie des résidents en tant qu'objectif de l'institution, les moyens de la préserver avec en corollaire l'utilisation optimale des ressources. Il s'agit d'une interrogation tardive – mais mieux vaut tard que jamais – qui a eu le mérite pour les personnels concernés d'envisager toutes les facettes de futur nouveau fonctionnement.

Cette association des utilisateurs est délicate à mettre en œuvre car il s'agit de faire une synthèse d'avis parfois non complètement concordants tout en donnant à chacun le sentiment que la décision finale est juste. Aussi, l'arbitre final – le directeur – doit certes constamment veiller à laisser les agents s'exprimer tout en étant transparent sur le processus de décision. Dans le cas présent, s'agissant du choix des lits médicalisés, les critères de choix du fournisseur étaient à la fois l'avis fonctionnel des utilisateurs mais également le prix. Et le fait d'annoncer clairement la règle en amont a permis de choisir un modèle qui n'était pas forcément le modèle classé en tête par les utilisateurs. Cette expression des besoins nécessite également un accompagnement méthodologique de la direction afin de guider les utilisateurs. Enfin, un point essentiel afin de ne pas introduire de clivage entre les agents et d'associer y compris ceux n'ayant pas pu avoir voix au chapitre est évidemment de communiquer auprès de tous sur les choix effectués, ce qui a été fait dans le cas présent grâce au journal interne.

Le même choix de concertation sur la signalétique a été fait avec un travail important réalisé avec les cadres de santé pour définir et faire développer les éléments de signalétique du futur bâtiment. Ce travail a eu un deuxième intérêt de requérir un grand nombre de visites dans le bâtiment en construction, permettant aux cadres de progressivement se repérer spatialement et donc de se projeter dans leurs futures conditions de travail.

Ayant proposé au chef d'établissement de permettre aux agents de donner un avis sur le choix des noms des bâtiments et des unités, toujours dans l'objectif de les associer au projet, il a finalement été décidé de faire voter sur ces appellations, non seulement l'intégralité du personnel mais également les membres du conseil d'administration et les représentants des familles au CVS.

Avec un peu d'imagination et une réelle volonté de le faire, on peut par conséquent associer les utilisateurs au « façonnage » de leur outil de travail, et par là même leur permettre de s'approprier une nouvelle organisation et donc s'y investir plus aisément.

Certes, toutes ces étapes prennent du temps et nécessitent une forte organisation pour leur mise en œuvre. Toutefois cet investissement est capital afin de réduire la résistance au changement. Ayant pu interviewer la directrice adjointe d'un autre site du GCSMS – la fondation FAVIER –, elle a pu me confirmer l'importance de cette façon de procéder à l'aune de sa propre expérience, en citant les difficultés qu'elle rencontrait sur le sujet des tenues de travail pour lesquelles un choix de modèle avait été effectué sans concertation préalable auprès des personnels. Or le gain de temps en prime abord se transformait en insatisfaction des agents vis à vis de leurs tenues et en perte de légitimité de la direction vis à vis des collaborateurs qui considèrent que la décision prise n'est finalement pas la bonne.

3.3.2 Des cadres au cœur du projet :

Il est intéressant de relater les échanges riches d'enseignements dans le cadre du groupe de travail sur l'organisation hôtelière. Ce travail fut l'occasion de comprendre le positionnement essentiel des cadres dans ces établissements et leur rôle particulier dans la mise en oeuvre du changement.

A) Une opportunité de modification des équilibres :

La maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois dispose de trois cadres de santé, un cadre hôtelier et un cadre supérieur de santé plus particulièrement en charge de la démarche qualité. Les différents cadres sont sous la responsabilité hiérarchique du directeur des soins. Le cadre hôtelier recruté en 2008, et le dernier arrivé, devait initialement prendre en charge l'ensemble des activités hôtelières - c'est à dire d'une part l'hygiène des locaux, la salubrité, le transport interne, d'autre part la gestion du linge, des petites vivres, des produits d'incontinence - encadrant pour ce second domaine 8 intendantes. En l'occurrence, à son arrivée, son périmètre de responsabilité a été restreint à l'hygiène des locaux, la salubrité et le transport interne, les intendantes restant sous la responsabilité des cadres de santé qui avaient exprimé leur résistance à toute modification de leur périmètre d'action.

La direction a pensé que le changement de site pouvait être une opportunité de « reprendre ce sujet », en considérant que les activités de gestion du linge, des petites vivres et des produits d'incontinence relevaient logiquement du cadre hôtelier. Par ailleurs ces activités méritaient de faire l'objet d'une amélioration eu égard à certains dysfonctionnements relevés (contrôle partiel des vivres et des produits, assorti de vols) voire d'une refonte permettant aux intendantes d'intervenir en tant qu'agents hôteliers au moment des repas (aide au repas, aide à l'entretien des offices etc). L'idée était que la contrainte extérieure de changement – ici l'installation dans un nouveau bâtiment de configuration architecturale totalement différente - pouvait obliger les acteurs à changer leur système de représentations et de relations, le sens qu'ils donnaient à leurs actions. Ce qui est la thèse de Crozier⁵¹ : « il y a impossibilité de transformer sans crise l'équilibre du fonctionnement journalier d'un système de relations parce que cette impossibilité est la conséquence directe de la rigidité et de l'absence de marge de jeu et de liberté créatrice qui caractérisent le système bureaucratique égalitaire de l'administration publique ». D'après Crozier, ce ne sont pas les structures qui engendrent la paralysie, mais un jeu stratégique mené par des acteurs qui utilisent rationnellement ces structures. Dans ce modèle, le changement ne peut venir de l'intérieur, à cause de cette

⁵¹ M.CROZIER, *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Editions du Seuil, 1963.

paralyse de l'organisation. Il ne peut venir que d'une crise extérieure violente qui remet en question l'équilibre de l'ensemble.

J'ai pu ainsi animer certains échanges avec les cadres visant à les associer à ce travail selon un axe double : réorganisation avec volonté d'optimisation c'est à dire couverture plus importante des activités (notamment aide au repas) sans obligatoirement accroissement des effectifs, modification des périmètres respectifs de responsabilités avec transfert de responsabilités des cadres de santé vers le cadre hôtelier.

B) Ne jamais sous estimer les enjeux de pouvoir

Les cadres de santé, appuyés par le directeur des soins ont immédiatement manifesté une forte résistance à tout changement sur le sujet en invoquant les arguments suivants :

- la dissociation des secteurs soins et hôtellerie entraînée par une gestion confiée à un cadre hôtelier est peu pertinente dans un projet de vie en EHPAD où soins et prise en charge hôtelière sont très intriqués,
- la complexification du dialogue avec les familles du fait de l'ajout d'un interlocuteur sur les questions du linge dans l'hypothèse d'une gestion confiée à un cadre hôtelier,
- la réduction dévalorisante de leur rôle à l'organisation des soins.

J'ai cherché à m'expliquer les origines de cette résistance. Tout d'abord, comme l'indique P BERNOUX, il n'y a acceptation du changement dans les organisations que lorsque l'acteur comprend pour quelles raisons le nouveau mode d'action remet en cause ses logiques d'action, ses manières de faire, les raisons qui, à son avis, lui ont permis de réussir ou au moins de faire son travail de manière satisfaisante à ses yeux et à ceux de la hiérarchie. Etre convaincu, c'est reconnaître le changement comme légitime. Dans le cas présent, les cadres de santé qui ont à mettre en œuvre le changement ne l'ont jusqu'à présent pas considéré comme légitime, peut être car les promoteurs du changement ont mis l'accent de façon maladroite sur les défauts et les dysfonctionnements de l'actuelle manière de faire, activant ainsi les résistances du système. Or tout système humain a fondamentalement besoin d'être reconnu et valorisé pour évoluer.

Ceci peut être accentué dans le cas d'une réforme centrée sur des modifications de structures (redécoupages, changements d'organigrammes ...) qui peut être vécue douloureusement car elle est trop orientée sur une recherche d'efficacité. Ce choix engendre en effet un déficit de sens, et partant, de motivation. Et il pousse les organisations, ce qui a été le cas ici, et les acteurs à se replier sur eux mêmes, dans une attitude de défense de leur territoire.

On peut également éclairer cette réaction des cadres grâce à l'analyse stratégique et à deux de ses concepts clés que sont la zone d'incertitude et le pouvoir.

L'individu cherche à préserver une zone que l'autre ne maîtrise pas : la zone d'incertitude qui confère un pouvoir – capacité pour certains individus d'agir sur d'autres individus - dans la mesure où l'individu peut y avoir un comportement imprévisible pour l'autre. Les conflits de pouvoirs existent dans toute organisation non seulement liés aux ambitions personnelles mais aussi au fait que les individus sont différents de par leur formation, leur fonction et ont des objectifs qui ne coïncident jamais vraiment. Chacun, parce qu'il a sa stratégie, cherche à influencer en faveur de la solution qui a sa préférence. Dans la situation présente, les cadres peuvent avoir vécu les modifications envisagées comme une réduction de leur espace de liberté, de leur autonomie et de leur possibilité de faire des choix. Avec le recul, je pense que nous n'avons pas complètement mesuré l'enjeu de pouvoir mobilisé chez les cadres par cette annonce de la volonté de refondre l'organisation hôtelière.

Dans la typologie des changements proposée par J.M.Miramón⁵² – imposé, participatif et négocié -, la direction a oscillé entre une velléité de changement « imposé » assez vite abandonnée et un changement « négocié » qui, je pense, l'emporte. Ce dernier changement présente les inconvénients des délais car le directeur doit passer du temps à maîtriser les conflits, de l'utopie à force de vouloir tout concilier, d'un risque de remise en cause du pouvoir du directeur. Si cette voie devait être poursuivie, il faut rappeler les conditions de réussite de ce type de changement : « expliciter et reconnaître les différents pouvoirs, mettre en valeur les compétences de chacun, indispensables à la réussite, maîtriser le traitement des conflits et les utiliser positivement, accepter que les objectifs et les modalités du changement soient négociables ». Ces différentes conditions ne me semblent pas avoir été – encore - réunies dans la situation de ce changement.

Enfin, dans l'amorce de ce travail, et avec l'espoir de conduire au mieux et au plus vite ce changement, nous avons eu tendance à vouloir guider la réflexion des cadres en planifiant les séances de travail, en dictant la méthode à suivre etc. Or comme le dit P BERNOUX, « tout changement nécessite, comme condition préalable, la prise en compte des rationalités des différents acteurs impliqués et donc la reconnaissance non seulement qu'ils peuvent et doivent infléchir les actions de changement, mais que concrètement ils les infléchissent et les modifient. L'impulsion du sommet doit donner une direction, fixer des objectifs, mais laisser aux acteurs la possibilité d'adapter le changement à leurs rationalités ». Au lieu de multiplier les directives de détail qui atrophient les marges de manœuvre comme cela a peut être fait dans le cas présent, il faut chercher à bénéficier au maximum des compétences des cadres, de leurs capacités d'écoute, de jugement et d'innovation.

C'est ce que dit également Yves Cannac, président du Cercle de la réforme de l'Etat qui indiquait dans les Echos du 29 juillet 2009 à propos de la modernisation de l'Etat et de la révision générale des politiques publiques : « plus notre Société devient complexe, plus elle a

⁵² J.M. MIRAMON, *Manager le changement dans l'action sociale*, éditions ENSP, 2001

besoin des capacités d'initiative et de coopération de ses agents, moins leurs modalités d'action peuvent être valablement prescrites jusque dans le moindre détail par l'autorité supérieure ».

La nature du travail du cadre de santé évolue parallèlement aux attentes et exigences grandissantes des usagers. Les activités de négociation, d'organisation, de régulation et de coordination doivent prendre le pas sur les activités de « production ». L'environnement de travail du cadre tend à s'élargir, à se décentrer du service. Cette mutation n'est pas aisée d'autant que comme le dit Pierre Yves Gilet⁵³ « les cadres ont un positionnement difficile parce qu'ils sont, en quelque sorte, pris entre le marteau et l'enclume : les membres de la direction ont l'impression qu'ils ne sont pas là où l'on souhaiterait qu'ils soient et lorsqu'on va sur le terrain, les équipes formulent les mêmes remarques. Il appartient à la direction de préciser leurs rôle et positionnement dans le projet de management... L'objectif pour les années qui viennent est bien évidemment l'intégration du changement ».

Une des clés et elle devra être appliquée à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois est l'information des cadres sur les choix et les orientations stratégiques de l'établissement, le positionnement et la place de l'encadrement, sa reconnaissance, les moyens d'association aux décisions stratégiques.

⁵³ Directeur du Centre Hospitalier de Saint Gaudens dans une interview relatée dans le document publié par l'ARH Midi Pyrénées « Les cadres au coeur du projet » daté de mars 2009.

CONCLUSION

Les directeurs sont confrontés aux demandes croissantes de citoyenneté et aux exigences accrues de qualité de service émanant des personnes accueillies et de leurs familles. Dans un contexte où les contraintes humaines, financières et juridiques sont nombreuses, conduire le changement plutôt que le subir est une tâche ardue et exaltante à la fois.

Depuis 2002, la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois a entrepris un vaste programme de reconstructions, vécu à juste titre par le personnel comme une forte contrainte de changement. Cet environnement architectural sera le support - et en quelque sorte la première pierre - d'un projet de soins et de vie adapté. Il vise à faciliter les conduites autonomes et à limiter les comportements inadaptés des résidents par le développement d'unités de petites tailles qui ont pour objectifs d'éviter la sur stimulation entre résidents trop nombreux, de favoriser les interactions sociales et de créer du lien entre des patients de profil proche. Il offrira également des conditions de travail améliorées pour le personnel de la maison de retraite.

Le présent travail cherchait à analyser comment les personnels vivent ce changement qui approche et quelles sont les conditions posées à l'acceptation puis à la mise en œuvre du changement.

Il apparaît en résultats principaux que la volonté de la direction est certes importante, mais elle ne peut être efficace sans l'implication et la participation de tous les professionnels à la démarche engagée par le projet. Le changement ne peut se réduire à une décision hiérarchique. Le changement ne se décrète pas et même s'il semble naturellement se justifier par l'obtention d'un état meilleur, il est dépendant de la capacité des acteurs à se mobiliser pour que les ajustements, conditions de la coopération et des transformations aient lieu. La préparation est primordiale, tout comme l'est la valorisation des réussites. Et tout en restant vigilant sur les risques, l'empathie et la nécessité de **donner du sens** doivent être intégrées dans les objectifs fixés. Cette participation des différentes catégories de professionnels doit être encore renforcée à la maison de retraite .

A la fois, une préparation du changement doit inclure une analyse stratégique identifiant **les jeux de pouvoir** car tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et, en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui qui a le sentiment de perdre ne peut que refuser le changement ou tenter de le freiner. A la fois, le changement doit tenir compte de cet univers de représentations et de reconnaissance. Un changement entraîne toujours des perturbations profondes. Le changement nécessite de faire accepter le risque de perdre un existant connu pour un avenir incertain. Il est « réussi » et pérenne quand les acteurs sont

parvenus à **reconstruire leur identité**, un nouveau système de reconnaissance, de nouvelles normes de relations et leur identité.

BIBLIOGRAPHIE

1) Mémoires

- BELFILS Aude, « L'épreuve du changement à l'occasion d'un transfert de site ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2002
- GESREL Pierre-Bernard, « Comment favoriser l'appropriation du changement par les personnels ? » La résistance au changement est-elle imputable aux personnels ou réside-t-elle plutôt dans la façon de le conduire ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2004
- HUGUENARD Séverine, « Accompagner le changement à l'occasion d'un projet de reconstruction », l'expérience de l'Hôpital Local de Montfort l'Amaury. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2007
- JULLIAN M., Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants, Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes
- PESSEL Aurélie, « Accompagner les personnes âgées dépendantes et le personnel vers un nouveau cadre de vie et de travail : ». L'exemple de la restructuration architecturale de la maison de retraite du Centre Hospitalier de Vitré, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, DESS, 2004

2) Articles

- SEDRATI-DINET Caroline, « L'architecture au service de l'action sociale », in Actualités Sociales Hebdomadaires, 13 février 2009, N°2596, pages 32 – 35

- RENAULT Caroline, « Voir autrement l'habitat des personnes âgées dépendantes », Evaluation du programme SEPIA, Gestions hospitalières, Avril 1998, pages 287 – 290
- FLORIS Bernard, « La peur n'évite pas le danger », Les cahiers de l'Actif N°292 – 293, pages 97 – 107
-
- VAILLANCOURT Raymond, « Réflexions autour de la perception du changement organisationnel », Les cahiers de l'Actif N°292 – 293, pages 63 – 70
- DICQUEMARE Daniel, « La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu », Les cahiers de l'Actif N°292 – 293, pages 81 –96
- P.PICARD, *Gériatrie et espaces architecturaux* , La revue de gériatrie, Tome 25, N°1 Janvier 2000 pages 50 – 51
- D.SALON, Espace privé et espace institutionnel, *Gérontologie et Société* n°119, décembre 2006, page 30 à 37
- O.QUENTIN Formateur consultant à IRFA Evolution dans l'article « Mission : mobiliser le personnel » de la revue *Directions* n°30 mai 2006 pages 22 à 25.

3) Ouvrages :

- AMYOT J.J., Guide de l'action gérontologique, Editions Dunod, 1997
- BADEY-RODRIGUEZ C., 1997, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement*, Paris, Seris Arslan.
- BERNOUX P., La sociologie des organisations, Editions du seuil, 6e édition, 2009

- BERNOUX P., *La sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du seuil, 2004
- CARTON G-D-, 2006, *Eloge du changement*, 2^e édition , Paris : Village mondial , pp 56-88
-
- CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Editions du Seuil, 1963.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil, Collection Points, 500 p
- ENRIQUEZ E., *De la horde à l'Etat*, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 1983
- GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane Daniel Radford, 2005, 361 p.
- HERZBERG F., *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, Entreprise moderne d'Editions, 1966.
- JANVIER R., MATHO Y. (1999) *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. Paris : Dunod, p.89.
- KOURILSKY F.(1999) *Du désir au plaisir de changer*. Paris : Dunod
- LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2e édition, Paris : Dunod p 248
- MASLOW A.H, *Motivation and personality*, New York, Harper and Row, 1954.
- MIRAMON J.M., *Manager le changement dans l'action sociale*, Editions ENSP, 2001
- MC GREGOR D., *La dimension humaine de l'entreprise*, Paris, Gauthier-Villars, 1960.

- SAINSAULIEU R., L'identité au travail Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977

4) Textes réglementaires :

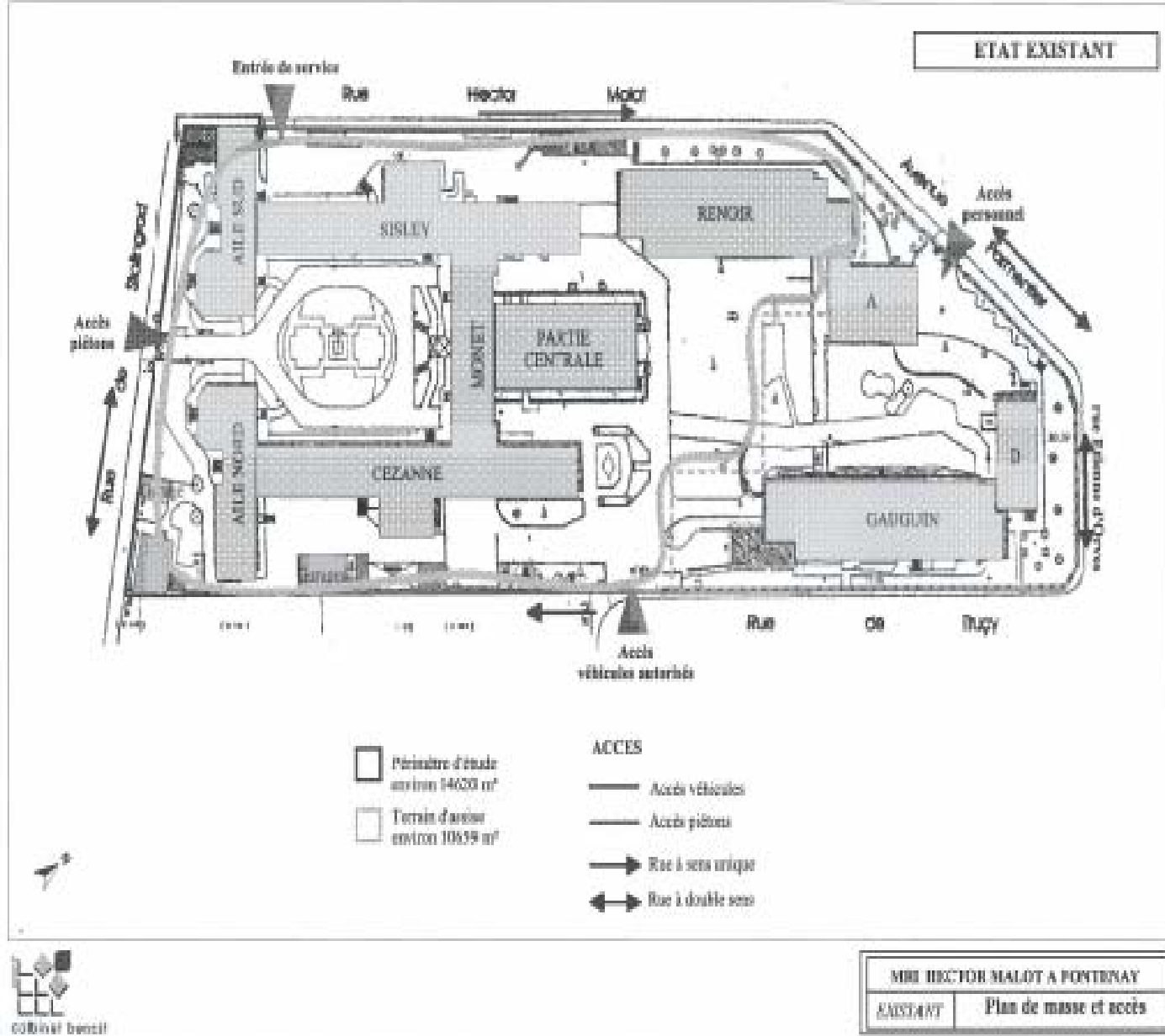
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et de l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.
- Loi 85-704 du 12 juillet 1985 : loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.
- Décret n°2004 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux formes de participation instituées à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

LISTE DES ANNEXES

- Annexe n°1 : Plan du site Hector Malot avant le début des reconstructions
- Annexe n°2 : Tableau récapitulatif des reconstructions à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous bois
- Annexe n° 3 : Plan de la future résidence Hector Malot après reconstruction
- Annexe n°4 : Questionnaire pour le relevé d'opinion auprès des personnels de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous bois
- Annexe n°5 : Note d'accompagnement du questionnaire pour le relevé d'opinion auprès des personnels de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous bois
- Annexe n°6 : Extrait du tableau de bord conçu pour outiller le Comité de pilotage pour l'ouverture de la nouvelle résidence Hector Malot
- Annexe n°7 : Note d'information au personnel sur l'ouverture de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois

Annexe n°1 :

a) Plan du site Hector Malot avant le début des reconstructions



Annexe n°2 :

Tableau récapitulatif des reconstructions à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous bois

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	17 juillet 2002 : Signature de la CTP MRI							
Pôle technique (services techniques, blanchisserie linge résidents, cuisine, pharmacie, services administratifs) A la place de Gauvain et bât D	Sept 2002 : consultation pour la désignation du <u>programmiste</u> et choix Nov 2002 : validation du programme	7/02/2003 : jury de concours d' <u>architecte</u> choix lauréat Mai 2003 : <u>APS</u> Mi mai / 2003 : nouveau service de restauration (liaison froide) Juillet 2003 : <u>APD</u> 07/2003 : démolition bâtiment D et installation admissions dans ALGECO ; installation informatique dans MONET ; humanisation SISLEY	Janvier 2004 : <u>DCE</u> consultation d'entreprises Mars 2004 : choix des 49 entreprises (49 lots) Juin 2004 : fin des démolitions Juillet 2004 : <u>ordre de service</u> pour démarrage des travaux (délai initial 18 mois)		Août 2006 : <u>réception</u>			
Résidence Hector Malot reconstruction (228 lits + 10 places d'AdJ)	08/2002 : Programme fonctionnel	09 /2003 : groupe de travail finalisation du programme 10/2003 : étude de faisabilité 11/2003 : PTD	01/2004 : 3 équipes retenues 05/2004 : commission technique analyse des offres 4/06/2004 : jury concours choix lauréat projet	01/2005 : APS 05/2005 : dépôt permis construire Fin 07/2005 : APD 10/2005 : désamiantage	02 /2006 : démolition	début 2007 : Début travaux	Fin 10/2008 : fin du gros oeuvre	07/2009 : Réception prévisionnelle repoussée à fin 2009 à ce jour
Montreuil Construction (90 lits + 10 places d'accueil de J)				01/06/2005 : jury concours architecte (1 ^{ère} tentative)		09/2007 : présentation des 3 projets d'architecte (2 ^e tentative)	11/2008 : jury concours lauréat projet	APS permis construire APD
Dame Blanche Reconstruction (100 lits + 10 places d'ADJ)						02/2007 : préprogramme et étude de faisabilité 03/2007 : PTD 05/2007 : jury concours lauréat projet	05/2008 : dépôt permis de construire	APS APD

Annexe n°3 :

**Plan de la future résidence Hector Malot au sein de la
Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous
bois**



**Annexe n°4 : Questionnaire pour le relevé d'opinion auprès des
personnels de la Maison de Retraite Intercommunale de
Fontenay sous bois**

**ENQUETE AUPRES DU PERSONNEL DE LA MAISON DE RETRAITE
INTERCOMMUNALE - DAME BLANCHE et RENOIR
THEME : le projet de nouvel EHPAD Hector Malot**

Rubriques à renseigner impérativement :

Votre grade : _____

Votre fonction : _____

Votre site actuel (rayez la mention inutile) : DAME BLANCHE / RENOIR

Votre service : _____

Poste (rayer la mention inutile) : JOUR/NUIT

Rappels :

- Ce questionnaire est à remplir par tous les agents qu'ils soient sur DAME BLANCHE ou RENOIR, ainsi que par le personnel administratif et par les chauffeurs. S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).
- Ce questionnaire est ANONYME (merci de ne porter aucune information de type nom ou prénom) et de répondre de façon la plus sincère possible.
- Vos réponses doivent aider la direction à estimer le travail à effectuer afin que l'ensemble des équipes se préparent au mieux en vue du déménagement et de la mise en route du nouvel site Hector Malot

1^{er} volet : CONNAISSANCE DU CONTEXTE ET DU PROJET

Q1 : Par quelles modalités avez-vous été informé(e) sur le projet de nouveau bâtiment Hector Malot jusqu'à présent ?

- Par votre Cadre de santé lors de temps de réunions
- De façon informelle par les collègues de travail
- Par la direction, lors de réunions institutionnelles
- Par le journal interne
- En participant au groupe utilisateur chargé d'aider à la définition de la configuration du nouvel EHPAD

Plusieurs réponses peuvent être cochées

Q2 - Les informations qui vous ont été délivrées jusqu'à présent vous suffisent elles ?

- OUI
- NON

1 seule réponse peut être cochée

Si non, sur quels points auriez vous aimé avoir des informations ?

Q3 – Savez-vous ce qui va changer dans votre organisation de travail du fait de l'installation du nouveau bâtiment Hector Malot ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- OUI
- NON

1 seule réponse peut être cochée

Si oui, pouvez-vous le décrire :

Q4 - Avez-vous été sollicité pour travailler sur ce projet ?

- OUI
- NON

1 seule réponse peut être cochée

Si oui, précisez les modalités :

2^e volet : RESSENTI SUR CE PROJET

Q5 – Avez-vous dans votre carrière professionnelle (dans l'établissement ou dans un autre établissement) déjà vécu le même type d'évènement (déménagement de site) ?

- OUI
- NON

1 seule réponse peut être cochée

Q6 – Quel est votre ressenti par rapport à l'installation à venir de ce nouveau bâtiment ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- Vous l'attendez impatiemment car vous pensez que cela va améliorer la situation
- Vous le redoutez
- Vous pensez que cela ne changera pas grand-chose pour vous

1 seule réponse peut être cochée

Q7 – Pensez vous que l'ouverture de ce nouveau site va modifier vos conditions de travail ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- En mieux
- En moins bien
- Pas du tout

1 seule réponse peut être cochée

Q8 - Pensez vous qu'il est indispensable pour l'établissement de revoir certaines pratiques professionnelles afin de mieux répondre aux attentes des résidents ?

- OUI
- NON


1 seule réponse peut être cochée

Si oui, sur quels points les pratiques professionnelles peuvent elles être améliorées ?

Q9 – Par rapport à vos conditions de travail dans ce nouvel EHPAD, cochez pour chaque ligne l'une des 2 cases selon ce que vous ressentez principalement à ce jour.

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

A - Vous pensez qu'il va falloir être plus autonome dans le nouvel EHPAD par rapport à aujourd'hui et ...	<input type="checkbox"/> ... vous le craignez	<input type="checkbox"/> ... vous l'espérez
B - Vous pensez qu'il va falloir avoir plus de responsabilités par rapport aux résidents et ...	<input type="checkbox"/> ... vous le craignez	<input type="checkbox"/> ... vous l'espérez
C - Vous pensez qu'il va falloir changer d'équipe, de collègues de travail et ...	<input type="checkbox"/> ... vous le craignez	<input type="checkbox"/> ... vous l'espérez
D - Dans l'hypothèse où vous dépendriez d'un autre Cadre de santé	<input type="checkbox"/> ... vous le craignez	<input type="checkbox"/> ... vous l'espérez
E - Vous pensez qu'il va falloir modifier vos pratiques quotidiennes du fait de la nouvelle configuration et ...	<input type="checkbox"/> ... vous le craignez	<input type="checkbox"/> ... vous l'espérez


Pour chaque ligne : 1 seule réponse peut être cochée

Autre à décrire :

Q10 – Pensez – vous avoir une surcharge de travail pour vous adapter au début ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- OUI
 NON

1 seule réponse peut être cochée

Si oui, pour quelle raison ?

Q11 - Par rapport aux résidents, cochez l'une des cases selon ce que vous ressentez aujourd'hui ?

- Ils seront mieux dans le nouvel EHPAD
 Cela ne va rien changer fondamentalement pour eux dans le nouvel EHPAD
 Certains ne vont pas s'adapter dans le nouvel EHPAD malgré tous les efforts qui vont être faits pour les aider

1 seule réponse peut être cochée

Q12 – Pensez – vous avoir le temps de vous préparer d'ici le déménagement ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- OUI
 NON

1 seule réponse peut être cochée

3^e volet : LES ACTIONS DE PREPARATION AU PROJET :

Q13 – Quelles pourraient être, selon vous, les actions à mettre en œuvre afin que vous puissiez vous préparer – avant le déménagement - du point de vue de l'organisation et de vos conditions de travail ?

S'agissant des agents actuellement à RENOIR, merci de répondre en faisant l'hypothèse d'un changement de site (poste à l'avenir à Hector Malot).

- effectuer des visites du nouveau bâtiment quelques semaines avant
 bénéficier de réunions d'information par le Cadre de santé de votre service

- bénéficier de réunions d'information communes à tout Dame Blanche sur le mode « flash info » (ensemble des services réunis)
- Créer un groupe de travail chargé de préparer au mieux la vie dans le nouvel établissement et d'élaborer les documents de la nouvelle organisation :
- aller observer (demi journée) à tour de rôle le fonctionnement et l'organisation sur un autre site fonctionnant déjà selon des modalités similaires (par exemple FAVIER)
- autre à suggérer : _____

plusieurs réponses peuvent être cochées

Q14 – Quelles pourraient être, selon vous, les actions à mettre en œuvre pour aider les résidents à se préparer et à s'adapter ensuite au nouvel EHPAD ?

Q15 – Quelles pourraient être, selon vous, les actions à mettre en œuvre pour aider les familles à se préparer et à s'adapter ensuite au nouvel EHPAD ?

Annexe n°5 :

Note d'accompagnement du questionnaire pour le relevé d'opinion auprès des personnels de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous bois

Note à l'attention des agents de la MRI Fontenay sous Bois

Objet : recueil par questionnaire de l'avis des personnels sur la façon dont le projet de déménagement dans le nouvel EHPAD (Hector Malot) est actuellement mené au sein de la MRI

PJ : 1 questionnaire de 2 feuilles recto verso (feuilles jaunes) à compléter pour le 20 février au plus tard

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'établissement va connaître l'ouverture d'un nouveau site (Hector Malot) et le transfert des résidents actuellement hébergés à Dame Blanche vers ce nouveau site.

Je suis élève directeur à la MRI depuis le 3 novembre et je serai à terme en poste comme titulaire soit dans un hôpital local, soit dans un EHPAD, soit dans un centre hospitalier comme adjoint en charge du secteur personnes âgées.

L'ouverture d'un nouveau site est une opportunité pour comprendre les impacts du changement sur les conditions de travail et l'environnement des personnels et pour mettre en œuvre le plan d'action nécessaire au bon accompagnement de ce changement.

Aussi, je vous propose de participer à l'enquête par questionnaire ci-joint, visant à connaître votre avis sur le déroulement de ce projet. Les informations que vous voudrez bien me transmettre seront riches d'enseignement pour vous comme pour moi. Elles permettront notamment à l'établissement de connaître le sentiment du plus grand nombre possible de personnes et de ce fait de réajuster sa manière de procéder au vu des constats qui ressortiront de l'analyse des questionnaires donc d'adapter son plan d'action.

Je compte sur votre participation qui sera bien évidemment **anonyme** puisque le grade, fonction, service, site actuel seront les seules informations demandées.

Qui est sollicité pour répondre à cette enquête :

- L'ensemble des agents des catégories suivantes sont priés de bien vouloir répondre à ce questionnaire : AS, AMP, IDE, ASH, AEQ, auxiliaires médicaux, chargés d'animation, personnel administratif, chauffeurs. Cette enquête est menée auprès des agents des 2 sites actuels DAME BLANCHE et RENOIR.
- Les agents actuellement à RENOIR doivent répondre aux questions en faisant l'hypothèse d'un changement de site, donc en faisant l'hypothèse qu'ils pourraient être amenés à travailler dans le nouveau bâtiment Hector Malot.

Quand et comment nous retourner le questionnaire rempli :

Pour le dépôt des questionnaires remplis, une urne ou une enveloppe sera à votre disposition pour préserver l'anonymat. Une feuille d'émargement sera à signer quand vous rendrez votre questionnaire afin que nous puissions vérifier que tout le monde a bien retourné son questionnaire, ceci afin d'avoir des garanties de représentativité des réponses.

- dame blanche 1^{er} en salle de repos

- dame blanche 2^e en salle de repos
- dame blanche 3^e en salle de repos
- dame blanche 4^e en salle de repos
- Renoir en salle de soins du rez de chaussée
- ou auprès de Madame ALLIOT pour le personnel administratif, Monsieur PAYET s'agissant des chauffeurs, Madame DUBRAY s'agissant des équipes hygiène et salubrité.

La date limite de dépôt est fixée au 20 février.

A l'issue du dépouillement de vos questionnaires et l'analyse des résultats, je m'engage à vous fournir un compte rendu qui sera affiché dans chacun des services.

A qui s'adresser pour toute information sur cette enquête et pour se faire aider à remplir le questionnaire le cas échéant :

N'hésitez surtout pas à poser vos questions ou vous faire aider auprès des personnes suivantes :

- votre cadre de santé ou votre cadre ;
- Mr Ménard ;
- moi-même : Magali RINEAU poste 71 21

En vous remerciant par avance pour votre contribution qui, soyez en sûr(e), sera extrêmement utile à la direction pour préparer les étapes suivantes de ce projet.

Magali RINEAU
Elève directeur

Annexe n°6

Extrait du tableau de bord conçu pour outiller le Comité de pilotage pour l'ouverture de la nouvelle résidence Hector Malot

03-mars-09		MACROPLANNING ORGANISATION EHPAD HECTOR														
V3 (M RINEAU)																
Thème		Sous thème		PILOTES		Contributeurs		FEVRIER		MARS		AVRIL		MAI		
								20/2 80/2 18/0 23/0		20/8 0/3 18/1 23/0 30/6		0/13/1 20/27/0		4/05 11/05 18/05 25/05		
	INSTANCE DE PILOTAGE	installation et réunions d'un COPIL HM : définition du calendrier général, des tâches et des groupes de travail, suivi de		R TOURISSEAU + A KLEIN + Y GUYOMAR + S ALILI												
A / MEDICAL, EFFECTIFS, ORGANISATION TAVAIL /	AFFECTATION RESIDENTS	affectation des résidents par unité et par chambre (principes de la réunion du 15 janvier)		DR BANCEL + C MENARD		Tous Cadres soin + cadre supérieur										
	ORGANISATION MEDICALE et SOIGNANTE	organisation des médecins par rapport aux cadres et par rapport aux 12 unités		DR BANCEL + C MENARD		Dr AYAD + tous Cadres de soin + cadre supérieur										
	ORGANISATION SOIGNANTE et HOTELIERE	définition et diffusion des effectifs cibles par métier et par unité selon 2 scénarios (fermeture ou non de RENOIR) avec mise en évidence des effectifs par unité à HECTOR MALOT		A KLEIN + Y MENARD + M BANCEL + S RINEAU + S ALILI		C TOUS CADRES SOIN y compris Renoir + CADRE HOTELIER + CADRE SUPERIEUR			valid							
		organisation des équipes et des journées		A KLEIN + Y MENARD + S RINEAU + S ALILI		C TOUS CADRES SOIN y compris Renoir + CADRE HOTELIER + CADRE SUPERIEUR			RT							
	AFFECTATIONS AGENTS	définition des principes de mouvements entre sites et des axes		A KLEIN + Y MENARD + M MENARD + M RINEAU + S ALILI		C Cadres de soin et cadre hotelier yc Renoir + cadre										
		Diffusion et/ou élaboration de fiches de poste et note au		A KLEIN + Y MENARD + M MENARD + M RINEAU + S ALILI		C Cadres de soin et cadre hotelier yc Renoir + cadre										
		Enregistrement des souhaits (yc entretiens) et arbitrages, constitution des équipes		A KLEIN + Y MENARD + M RINEAU + S ALILI		C Cadres de soin et cadre supérieur										
	OUTILS NECESSAIRES /ORGANISATION TRAVAIL	Recrutements personnels supplémentaires (scénario non Elaboration de plans type de travail jour/nuit et autres outils avec		A KLEIN + Y MENARD + M C MENARD + M RINEAU		C Cadres de soin et cadre hotelier yc renoir et cadre										
B / EQUIPEMENT DU BATIMENT	MOBILIER / MATERIEL	1ère consultation équipement mobilier : choix des fournisseurs		Y GUYOMAR + M RINEAU		COPIL + groupes utilisateurs										
		Retour info au personnel / fournisseurs retenus		Y GUYOMAR + M DINCAL					fait							
		commandes auprès des fournisseurs selon besoins affinés : lits		Y GUYOMAR + M DINCAL		M E SORIA (choix coloris)										
		redéfinition lots mobiliers (ex lots 2-3 + accueil, animation)		Y GUYOMAR, M RINEAU		E SORIA, cadres de soin										

Note d'information

Préparation de l'ouverture de la résidence HECTOR MALOT 1^{ère} Réunion d'information du personnel de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay sous Bois 31 mars 2009

LA RESIDENCE HECTOR MALOT, L'AVANCEMENT DES TRAVAUX

La résidence Hector Malot est un bâtiment d'une **capacité de 228 lits** (48 lits pour des résidents désorientés déambulants, 180 lits pour des résidents hébergés en unité polyvalente). Le Groupement gèrera 10 places d'accueil de jour localisées au niveau -1/0 de la résidence Hector Malot.

Les 228 lits sont répartis sur 5 niveaux :

NIVEAU – 1/0 : 2 unités de 12 lits pour résidents désorientés déambulants.

NIVEAU 1 : 2 unités de 12 lits pour résidents désorientés déambulants

NIVEAU 2 : 3 unités polyvalentes de 20 lits chacune

NIVEAU 3 : 3 unités polyvalentes de 20 lits chacune

NIVEAU 4 : 3 unités polyvalentes de 20 lits chacune.

Les chambres sont toutes des **chambres individuelles avec salle de bain privative.**

Chacune des 13 unités - ci-dessus définies - dispose de sa salle à manger et de son lieu de vie (coin salon, coin activités).

Les travaux sont en phase d'achèvement, sans qu'à ce jour la date précise de réception du bâtiment ne soit encore fixée. La réception du bâtiment sera suivie d'une commission de sécurité et d'une visite de conformité.

Il s'agit d'organiser l'ouverture, la constitution des équipes, l'organisation du travail dans ce nouveau bâtiment, le transfert des résidents ainsi que l'accueil des nouveaux admis.

L'AFFECTATION DES RESIDENTS

L'affectation des résidents – par unité et par chambre - **sera faite par le médecin coordonnateur en relation avec les cadres et les équipes soignantes**, en respectant un principe de spécialisation pour les unités polyvalentes : en effet, une unité polyvalente accueillera soit des résidents GIR 1 / 2, soit des résidents GIR 3 / 4, soit des résidents GIR 5 / 6.

Cette affectation tiendra compte des besoins spécifiques de chaque résident, de ses capacités (par exemple, capacité à se déplacer et éloignement de la salle à manger), et dans la mesure du possible de leurs habitudes de vie ainsi que de leur voisinage immédiat jusqu'à présent.

Cette affectation sera ensuite communiquée aux résidents et à leurs familles.

L'ORGANISATION DES EQUIPES dans la résidence HECTOR MALOT

Les effectifs cibles (occupation 100%)

Les effectifs **prévisionnels** présents s'agissant des **soignants AS/AMP** sont les suivants :

- Par unité de 12 lits pour résidents désorientés déambulants : 1 soignant le matin, 1 soignant l'après midi. *Un renfort de 1 soignant pour 2 unités pourra être envisagé.*

- Par unité polyvalente accueillant les 20 résidents les plus autonomes : 1 soignant le matin et 1 soignant l'après midi.
- Par unité polyvalente accueillant les 20 résidents les plus dépendants : 2 soignants le matin et 2 soignants l'après midi.

La nuit, l'effectif prévisionnel sera de 5 soignants AS/AMP présents au total dans la résidence HECTOR MALOT.

Les effectifs prévisionnels d'IDE sont les suivants : 6 infirmières présentes le jour et 1 présente la nuit au total dans la résidence HECTOR MALOT. La répartition de l'effectif des IDE de jour reste à déterminer.

La constitution des équipes :

Chaque agent aura la possibilité de postuler pour venir travailler à la résidence HECTOR MALOT qu'il soit à ce jour en poste à DAME BLANCHE ou à RENOIR.

Une note vous indiquant les modalités d'expression de vos souhaits (jour/nuit, unité polyvalente ou unité sécurisée pour résidents désorientés déambulants, Hector Malot ou Renoir) va vous être communiquée dans les prochains jours.

Un entretien sera organisé avec tous les candidats.

La direction tiendra compte, dans la mesure du possible, des souhaits émis par les personnels au regard de l'organisation et des exigences de fonctionnement de chaque service.

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- **début avril 2009** : diffusion d'une note d'information sur les modalités d'expression des souhaits
- **Fin avril 2009** : fin du recueil des souhaits des agents
- **mai – juin 2009** : entretiens
- **fin juin - début juillet 2009** : constitution des équipes avec les cadres.

VOTRE INFORMATION PAR LA SUITE

Le personnel sera invité à **visiter la nouvelle résidence HECTOR MALOT à compter du 15 mai 2009.**

Par ailleurs, **en avril puis en mai**, un travail sera effectué par les cadres en concertation avec le personnel pour élaborer les **outils nécessaires à l'organisation du travail** et au bon fonctionnement de chaque unité : déroulement type de journée, réunions de transmission etc.

L'INFORMATION DES FAMILLES ET DES RESIDENTS

Un **conseil de la vie sociale(CVS)** se tiendra le **16 avril 2009** qui permettra de donner un grand nombre d'informations aux représentants des familles et notamment leur communiquer les règles d'affectation des résidents, l'échéancier d'avancement des travaux, les principes d'organisation des équipes, etc.

Des **visites avec les familles** et les résidents intéressés seront organisées vraisemblablement en **juin 2009.**