

Master Management Sectoriel

Parcours Management des Établissements Sanitaires et Médico-Sociaux (MES)

Mémoire de fin d'études

L'organisation du travail en EHPAD

Quelle réorganisation possible dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD ? L'exemple du Repos Marin

Sous la Direction de Monsieur Yannick BERTON

Composition des membres du jury :

- Président : Monsieur Stanislas WOCH, Maître de Conférences associé
- Directeur de mémoire : Monsieur Yannick BERTON, Directeur adjoint chez StratélyS
- Membre professionnel : Monsieur Arnaud CAILLE, Directeur de l'AMF-AD

Date de soutenance : le lundi 26 août à 18h00

REMERCIEMENTS

Au préalable, je souhaite ici exprimer ma gratitude et remercier très sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire :

Tout d'abord, je remercie Monsieur WOCH Stanislas, responsable du Master Management Sectoriel à la Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé et président du jury pour la validation de mon sujet et les enseignements et conseils prodigués quant au processus d'élaboration de ce travail.

Je remercie Monsieur BERTON Yannick, Directeur adjoint chez StratélyS, d'avoir accepté d'être mon directeur de mémoire et pour ses précieux conseils.

Je tiens à remercier vivement Monsieur CAILLE Arnaud, directeur de l'AMF-AD pour sa présence lors de ma soutenance en tant que troisième membre de jury.

J'adresse toute ma gratitude à Monsieur MORANCI Jean-Luc, Directeur de la Résidence Le Repos Marin pour son accueil, ses conseils et la transmission de ses connaissances et également pour nos échanges très enrichissants tout au long de mon contrat d'apprentissage.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe du Repos Marin pour leur accueil et leur participation lors de la réalisation de mes enquêtes dans le cadre de ce mémoire.

Je tiens également à remercier Monsieur MAHE Olivier, Directeur Régional Sud-Ouest du groupe Colisée pour sa confiance et sa disponibilité.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des intervenants de l'ILIS ainsi que mes collègues de promotion pour les partages de connaissance tout au long de cette année.

A mes parents et mon frère qui m'ont toujours épaulée et qui m'apportent sans cesse un soutien sans faille, pour leur patience durant ces cinq années d'études et durant l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
I. L’EHPAD : UN LIEU DE VIE, D’ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN SOINS DES PERSONNES AGEES	7
A. ÉVOLUTIONS DES PROFILS ET EVOLUTIONS LEGISLATIVES : L’URGENCE D’UNE ADAPTATION POUR UNE REPONSE AUX BESOINS	7
B. LA PRISE EN SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS D’HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : ATTEINDRE UN POINT D’EQUILIBRE ENTRE BESOINS DES RESIDENTS ET ORGANISATION DU TRAVAIL	19
II. LE LEADERSHIP MANAGERIAL AU CŒUR DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL	28
A. MANAGEMENT ET LEADERSHIP : DEUX NOTIONS DISTINCTES ET COMPLEMENTAIRES	28
B. LE MANAGEMENT DES EVOLUTIONS DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL	30
C. LA CONDUITE DU CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL	33
III. L’EXEMPLE DE LA REORGANISATION DE LA RESIDENCE LE REPOS MARIN .	41
A. PRESENTATION DU TERRAIN DE RECHERCHE	41
B. POURQUOI METTRE EN PLACE UNE REORGANISATION ?	42
C. OBJET DE L’ENQUETE ET METHODOLOGIE UTILISEE	43
D. ANALYSE DES RESULTATS	46
IV. LES PRECONISATIONS D’UNE CONDUITE DE CHANGEMENT MAITRISEE	53
A. LE ROLE DE LA DIRECTION ET DES MANAGERS DE PROXIMITE	53
B. IMPLIQUER LES EQUIPES POUR UNE MEILLEURE ACCEPTATION ET MESURER LES AXES D’ACCOMPAGNEMENT	57
C. COMMUNIQUER : LE MAITRE-MOT DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS	59
D. L’ IMPLICATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES	60
E. SOUTENIR ET EVALUER LES CHANGEMENTS OPERES	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	64
TABLE DES MATIERES	70
ANNEXES	72

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Vieillissement de la population française depuis 1990 et projection	7
Figure 2 : Chronologie des lois structurant le secteur médico-social	12
Figure 3 : Evolution du nombre d'EHPAD en France depuis 1960	14
Figure 4 : Répartition des EHPAD par statut en 2015	15
Figure 5 : Frise chronologique de l'évolution de la tarification des EHPAD	16
Figure 6 : Pyramide de Maslow [64]	31
Figure 7: Courbe du deuil	38
Figure 8 : Frise chronologique de la mise en place de la réorganisation du Repos Marin .	41
Figure 9 : Répartition des répondants par fonction	46
Figure 10 : Courbe d'adaptation possible des managements selon les phases du changement	56

GLOSSAIRE

Les acronymes présents dans ce glossaire sont identifiables par la marque suivante : *

AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressource
AMP : Aide Médico-Psychologique
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS : Agence Régionale de la Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent de Service Hôtelier
ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens
CVS : Conseil de Vie Sociale
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ERRD : État Réalisé des Recettes et des Dépenses
ESMS : Établissements et Services Médico Sociaux
ETP : Equivalent Temps Plein
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GIR : Groupe Iso-Ressource
GMP : Gir Moyen Pondéré
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IDEC : Infirmier Diplômé d'État Coordinateur
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Économique
PMP : Pathos Moyen Pondéré
QVT : Qualité de Vie au Travail

INTRODUCTION

« *Tout est changement, non pour ne plus être mais pour devenir ce qui n'est pas encore.* », furent les mots de Epictète, philosophe grec, pour qualifier le changement.

Les établissements médico-sociaux, ont connu ces dernières années de nombreuses transformations induisant des changements et des adaptations structurant le secteur : les impératifs législatifs, l'évolution du profil des personnes accueillies, la difficulté des recrutements de personnel.

Le secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD*) ne représente plus uniquement des services aux personnes mais est devenu un véritable marché. On parle aujourd'hui de « silver economy » attirant ainsi des groupes, parfois cotés en bourse, qui rachètent des établissements indépendants. Ces rachats s'expliquent par des mises aux normes de plus en plus drastiques, qui, dans certains cas, restent impossible pour des gestionnaires d'EHPAD indépendants. La montée en puissance du privé lucratif et de ces reprises a entraîné une réelle professionnalisation de la gestion de ces établissements ainsi qu'une standardisation des processus de gestion. C'est donc ainsi que de nombreux établissements ayant été fusionnés dans des groupes privés commerciaux, se trouvent confrontés à opérer des changements pour une certaine harmonisation des pratiques et des procédures.

C'est dans ce contexte général que s'est conduite la réorganisation de l'EHPAD Le Repos Marin, où j'ai effectué mon contrat d'apprentissage et qui servira de terrain de recherche à la bonne réalisation de ce mémoire de fin d'études. En effet, lors de ma prise de poste au sein de la résidence, une réorganisation était en cours de construction dans l'équipe de Direction. Cette réorganisation s'est construite suite à différents constats réalisés par la direction de l'établissement et la direction régionale du groupe.

Dans ce contexte, la question qui m'a guidée durant la réalisation de ce mémoire a été la suivante : *Quelle réorganisation possible dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD ?*

Les changements étant inhérents à tous types d'organisation, il m'est apparu intéressant de le traiter dans le cadre de ce travail afin de connaître les tenants et aboutissants d'une conduite de changement, situation à laquelle je devrai faire face en tant que future Directrice d'établissements médico-sociaux.

Dans un premier temps, un constat sur les EHPAD, qui sont avant tout un lieu de vie mêlant prise en soins, adaptation des prises en charges, réponse aux besoins et respect des habitudes de vie des résidents liés à des évolutions réglementaires mais également aux évolutions des profils des personnes accueillies. Néanmoins les EHPAD ne sont pas simplement des lieux de vie, ils sont aussi un lieu de travail pour les professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Un lieu de travail qui se doit d'être défini par une organisation efficiente dans un contexte de moyens humains et financiers contraints mais nécessitant également de définir une organisation devant également pouvoir prôner une certaine qualité de vie au travail des salariés. Les organisations étant mouvantes, les conduites du changement opérées dans les organisations seront par la suite détaillées.

Ensuite viendra l'analyse du terrain de recherche, à savoir la résidence Le Repos Marin, qui permettra d'étudier la conduite du changement mise en place et permettra d'effectuer une analyse critique du projet. Les lectures bibliographiques effectuées mêlées à l'enquête de terrain permettront de formuler une liste la plus exhaustive possible des recommandations à prendre en compte dans une conduite du changement pour garantir une qualité optimale de prise en soins des résidents et une qualité de vie au travail optimale pour les salariés.

I. L'EHPAD : un lieu de vie, d'accompagnement et de prise en soins des personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) sont des maisons de retraite qui accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogation) en perte d'autonomie physique et/ou psychique. Les missions conférées aux EHPAD en font des lieux de vie où se mêlent prise en soin et accompagnement de la vie quotidienne des résidents.

A. Évolutions des profils et évolutions législatives : l'urgence d'une adaptation pour une réponse aux besoins

« On les emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impression vagues, de préjugés et de passions. »

E. DURKHEIM-1895

Cette citation d'Emile DURKHEIM peut être appliquée aux termes de dépendance et de vieillesse qui seront définis ci-dessous.

1. Le constat d'une population vieillissante et de plus en plus dépendante

Au 1er janvier 2018, la France comptait un peu plus de 67 millions d'habitants. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 19,6% de la population (contre 18,8% en 2016). La part des « grand seniors » (personnes âgées de plus de 75 ans) représentait près de 9% de la population en 2017. [1]

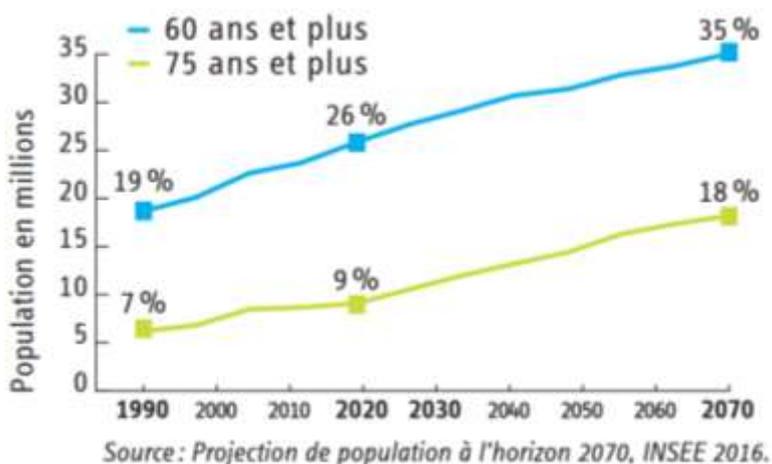


Figure 1 : Vieillesse de la population française depuis 1990 et projection

Cette évolution du nombre de personnes âgées n'est pas si récente, comme nous le démontre ce graphique issu des données de l'INSEE, la part des personnes âgées n'a cessé de croître depuis les années 1990. [2] Cette forte augmentation du nombre de seniors correspond à la génération née durant le Baby-Boom. Le vieillissement de la population en France s'explique également par plusieurs raisons qui sont : l'allongement de l'espérance de vie, l'amélioration des conditions de vie, l'amélioration des prises en charge et de la médecine.

a) *La vieillesse*

Il n'est pas facile de définir ce qu'est la vieillesse, celle-ci varie selon les sociétés et selon les représentations culturelles.

La définition de la vieillesse est subjective d'un individu à un autre. La question « à quel âge est-on vieux ? » est d'ailleurs souvent posée. A cette question chacun a une réponse et celle-ci diffère selon les publics interrogés (exemples de réponses souvent entendues : « nous ne sommes pas vieux tant que nous nous considérons jeunes dans la tête », « être vieux c'est être grabataire », « être vieux c'est être dépendant »).

Secombe et Ishii-Kuntz ont mis en évidence le phénomène de « tendency to extend the aging boundary as themselves approach it » (« *Tendance à repousser les frontières de la vieillesse selon l'avancée en âge* »). En effet, le sentiment d'être vieux est souvent lié à l'idée « d'être utile ». [3]

Le Larousse quant à lui définit la vieillesse comme la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions : la diminution des forces physiques et le fléchissement des facultés mentales qui accompagnent habituellement cette période. [4] La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie caractérisée par la baisse des fonctions. Trois états ont été mis en évidence dans la vieillesse :

- Le vieillissement dit normal, qui correspond aux changements liés au passage du temps. On parle de changement des structures anatomiques, des changements physiologiques et psychologiques.
- Le vieillissement dit pathologique qui correspond à l'augmentation des maladies liées au passage du temps
- Le vieillissement lié à la sénilité qui va correspondre à une « affection physique mais surtout intellectuelle liée au vieillissement » (définition issue du Larousse) [5]

De plus, on peut considérer que le vieillissement n'est pas un phénomène uniforme et qu'il ne correspond pas à des limites d'âge égales pour tous.

b) La dépendance

Le terme de dépendance peut prendre plusieurs sens et ne met pas tout le monde d'accord.

Le Larousse définit le terme de dépendance comme :

- Rapport de liaison étroit entre quelque chose et ce qui le conditionne, le régit
- Etat de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui : sujétion, subordination
- Etat, situation de quelqu'un d'un groupe qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise [6]

L'adjectif « dépendant » a été utilisé pour la première fois en France en 1973 par Yves Delomier. [7] C'est en 1985 qu'apparaît la première définition officielle dans un arrêté ministériel relatif au vocabulaire concernant les personnes âgées, la retraite et le vieillissement. Les termes définis dans cet arrêté seront par la suite les termes utilisés dans les documents officiels. On retrouve donc, dans cet arrêté, la définition de la dépendance : « situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède etc. ». [8]

La mesure de la dépendance est définie dans le cadre de l'explication de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA*) dans le Code de l'action sociale et des familles à l'article L232-1 comme « un besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ». [9]

D'après la DREES*, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (dans le sens des personnes bénéficiant de l'APA) serait de 1 582 000 en 2030 contre 1 265 000 personnes en 2015, avec une projection à 2 235 000 personnes âgées en perte d'autonomie en 2050, soit une hausse de 20 000 personnes par an. [10]

L'évaluation du degré de dépendance s'effectue par le biais de la grille AGGIR* (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressource) qui permet de classer les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

Cette grille AGGIR s'appuie sur 17 variables, dont 10 dites « discriminantes », qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique. Les 7 autres variables sont dites « illustratives » et se réfèrent aux actes relatifs à l'autonomie corporelle et mentale, elles n'entrent pas en compte dans le calcul du GIR mais vont permettre d'orienter le plan d'aide

qui découlera de l'évaluation. Pour chacune des variables, l'observateur va attribuer une note :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement

B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement

C : ne fait pas

Il existe donc 6 groupes déterminés selon le niveau de dépendance de la personne :

- Le GIR 1 : correspond au niveau de dépendance le plus élevé. Il comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 : Il comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Et les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 : Il comprend les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle. La toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- Le GIR 4 : Il comprend les personnes âgées qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe comprend également les personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- Le GIR 5 : Il comprend les personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 : correspond au degré de dépendance le moins élevé. Il comprend les personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie quotidienne. [11]

Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va continuer à s'accroître malgré l'amélioration des conditions de vie et les différents progrès de la médecine. Selon la DREES, la France comptera une augmentation de 20 000 personnes âgées en perte d'autonomie par an d'ici 2030. La France doit donc pouvoir faire face à ces évolutions du nombre de personnes âgées qui nécessitent de faire évoluer les offres proposées. [12]

2. Les étapes de la modernisation des prises en charge en EHPAD

a) Les missions des EHPAD

Il existe aujourd'hui deux types de prise en charge des personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile et l'entrée en EHPAD. L'entrée en EHPAD apparaît comme la dernière étape du parcours de vie et est plus souvent assimilée à une attitude de résignation que de désir. De plus, elle correspond, le plus souvent, à une urgence plutôt qu'à un choix, ce qui démontre un certain manque d'anticipation. Elle résulte souvent d'une incapacité à rester à domicile due à leur âge avancé et aux différentes situations liées à la perte d'autonomie. Selon une enquête menée en 2012, uniquement 16% des entrées en EHPAD étaient une volonté de la personne concernée.

Chaque année 400 000 seniors chutent entraînant le plus souvent une entrée en EHPAD. En effet, c'est entre 70 et 80 ans que l'autonomie décline, et pour a minima 20% des personnes de cette tranche d'âge, cette perte d'autonomie va être liée à une chute. [13]

L'EHPAD est avant tout un lieu de vie mais également un lieu de soins avec pour objectif d'apporter une qualité de vie optimale quel que soit le niveau de dépendance (dépendance physique, perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, perte de repères, etc.). En effet, les publics accueillis en EHPAD présentent des profils divers avec des niveaux de dépendance différents, des pathologies variées (maladie d'Alzheimer, parkinson, etc.) mais également avec des histoires de vie et des cultures différentes. L'accompagnement des personnes âgées en EHPAD prend également en compte l'accompagnement de la douleur et de la fin de vie.

Les EHPAD ont pour but d'accueillir, de soigner, de soutenir et d'accompagner les personnes âgées mais également leurs proches aidants. Les règles et missions qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont définies dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), notamment à l'article L-312 et suivants. [14]

b) Historique des évolutions réglementaires

En une trentaine d'année les établissements accueillant les personnes âgées ont connu de nombreuses mutations. Ces différentes mutations peuvent s'expliquer par une espérance de vie de plus en plus longue et par une prise de conscience de la vieillesse et de la dépendance par les autorités.

C'est à partir des années 70 qu'une transformation juridique et éthique s'est opérée. Dans un premier temps, ce sont les établissements religieux qui se sont transformés en associations en perdant peu à peu les références chrétiennes ancrées.

En effet, depuis les années 70 les établissements d'hébergement pour personnes âgées connaissent des remises en question continues :

- Comment prendre en charge toute la population vieillissante ?
- Comment prendre en charge les personnes âgées dépendantes dans une démarche bienveillante ?
- Comment accompagner au mieux les personnes âgées présentant des troubles du comportement, la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ?

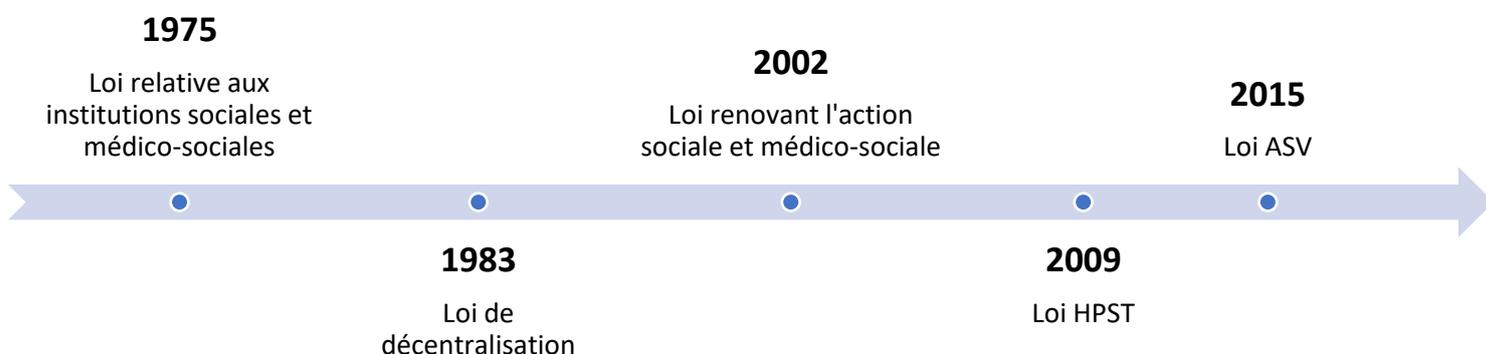


Figure 2 : Chronologie des lois structurant le secteur médico-social

Dans les années d'après-guerre, les établissements accueillant des personnes âgées, des personnes handicapées et des personnes malades avaient la dénomination d'hospices. L'appellation « maison de retraite » apparaîtra quelques années plus tard avec la promulgation de la loi de 1975 (qui sera évoquée ci-dessous). [15] L'arrivée de la concurrence dans le secteur médico-social et plus particulièrement dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont fait évoluer la dénomination de « maison de retraite » envers des termes plus hôteliers tel que « Résidence », terme que de nombreux établissements ont adopté afin de désacraliser l'entrée en institution.

C'est au travers de nombreuses lois, de nombreux décrets, de nombreux plans (plan canicule, plan Alzheimer...) que les politiques publiques tentent de répondre au mieux aux besoins de prises en charge des personnes âgées.

La prise en charge des personnes âgées a commencé au travers des hospices. Les hospices hébergeaient des personnes âgées, des invalides et des personnes en situation de handicap tout en leur assurant les soins nécessaires. En application de **la loi du 30 juin**

1975 modifiée, cette catégorie d'établissements disparaît par transformation en maisons de retraite, services de soins de longue durée et, pour les personnes handicapées, en foyers de vie ou maisons d'accueil spécialisées.

Le développement des établissements et services gérés par les institutions sociales et médico-sociales va être encadré par la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Cette loi a donc représenté une étape déterminante et un progrès dans l'histoire de l'action sociale. Elle sera, par la suite, fréquemment complétée et modifiée jusqu'à la loi 2002-2. [16]

De plus, en application des **lois de décentralisation de 1983**, les Départements acquièrent de plus en plus d'autorité dans la façon d'administrer les maisons de retraite : ils peuvent dorénavant donner et retirer les agréments pour la gestion et la construction des maisons de retraite. Les missions des services publics et des Départements évoluent considérablement, et ils ont également pour mission d'assurer un accès équitable aux structures publiques sur un territoire donné.

La loi de 2002 (appelée loi 2002-2 ou « réforme de la loi de 1975 ») rénove l'action sociale et médico-sociale. Ce texte a permis une rénovation du régime des autorisations et un renforcement des contrôles et des évaluations, a institué une véritable planification médico-sociale, et a développé les possibilités de coordinations et de coopérations entre acteurs. Elle a également pour vocation de garantir le droit des usagers par la mise en place de sept outils spécifiques : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le médiateur ou conciliateur, le conseil de la vie sociale ou autres formes de participation et le projet d'établissement ou de service. [17]

C'est en 2006 que Dominique de Villepin, alors Premier ministre, promet de créer près de 25 000 places en cinq ans (de 2007 à 2012). [18] La création de ces places ne fut pas suffisante face à l'arrivée du papy-boom, laissant la place, alors, aux acteurs du privé. Ce manque de place s'expliqua tout d'abord par une fragilisation des liens familiaux avec une possibilité et une volonté moindre de s'occuper des aînés. Ce sont même parfois, les aînés, eux-mêmes qui vont se prémunir de leur perte d'autonomie en souscrivant à différentes assurances dépendance. Ce sont d'ailleurs ces différents assureurs et banquiers qui vont être les premiers à investir dans les EHPAD privés (par exemple, le Crédit Agricole est un actionnaire de référence pour le groupe Korian ou la Fondation Caisse d'épargne qui est aujourd'hui la Fondation partage et vie).

Quelques années plus tard la loi du 21 juillet 2009 (appelée n° 2009-879) est promulguée. Elle porte sur la réforme de l'hôpital et est relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST*). Celle-ci a encore modifié le droit du secteur social et médico-social en poursuivant les réformes entreprises auparavant. La loi HPST est importante pour le secteur social et médico-social. En effet, elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS*) qui sont chargées de réguler le secteur. [19]

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV*). Cette loi a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, et d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Et enfin elle renforce les droits et les libertés des personnes âgées et vise à leur apporter une meilleure protection. [20]

(1) Une certaine tendance à la privatisation du secteur

Comme évoqué précédemment, les EHPAD se sont vus être de plus en plus des établissements privés. En effet, depuis la fin des années 90, les politiques publiques ont eu tendance à privatiser le champ des EHPAD.

En 1990, les établissements privés représentaient 14% des EHPAD créés. Les années suivantes ont été marquées par un essor conséquent des établissements privés puisqu'en 2014 ils représentaient 37,2% des EHPAD créés. (D'après une étude réalisée sur les données du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux ; FINESS*) [21]

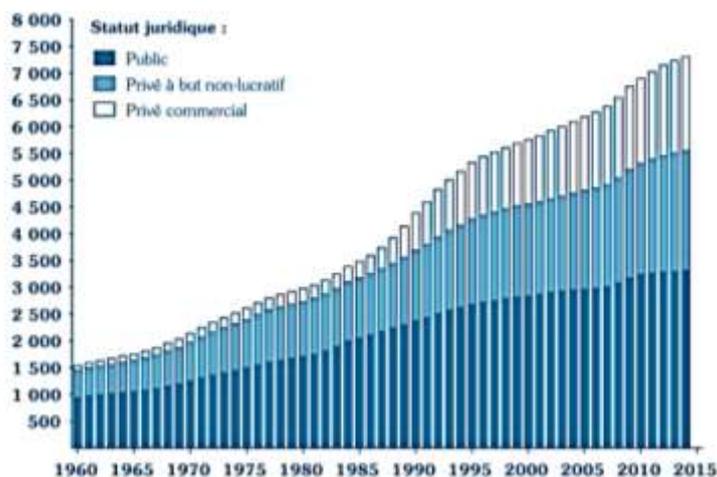


Figure 3 : Evolution du nombre d'EHPAD en France depuis 1960

Suite à la création des places supplémentaires entre 2007 et 2012, le secteur privé s'est développé et a pris de l'avance sur le secteur public. Une fois cette croissance ralentie, les groupes privés ont continué de croître grâce aux rachats, fusions et regroupements d'établissements.

D'après une étude réalisée par la DREES en 2015, ce sont près de 200 EHPAD qui ont ouvert entre 2011 et 2015 avec une capacité totale supplémentaire de 53 360 lits. A la fin de l'année 2015, la France comptait 600 380 places d'EHPAD réparties entre le public, le privé associatif et le privé commercial. Entre ces 5 ans, ce sont les établissements privés commerciaux qui ont connu la croissance la plus importante : +12,4% contre 2,8% pour le public. De plus, parmi les 53 360 nouvelles places, le secteur commercial a été à l'origine de la création de 42% d'entre-elles, soit 22 250 places. [22]

RÉPARTITION DES EHPAD EN 2015

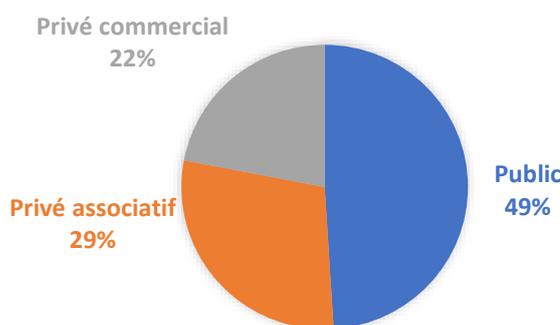


Figure 4 : Répartition des EHPAD par statut en 2015

Cette tendance de privatisation du secteur est passée, également, par la mise en concurrence des EHPAD, et, par le déploiement de dispositifs émanant des entreprises privées qui consistent en l'évaluation et le contrôle de la performance des établissements. On peut donc affirmer que les politiques publiques, par leurs stratégies, renforcent le processus de privatisation des EHPAD.

Ce processus s'est également renforcé par le financement des établissements. Les établissements publics comme les privés fonctionnent grâce aux dotations allouées par les départements et les ARS. Cependant une différenciation de marge de manœuvre s'effectue par le forfait hébergement qui reste à la charge des résidents. Un établissement privé ou public peut accepter « l'aide sociale » pour permettre une prise en charge d'une partie de la facture de certains résidents qui n'en auraient pas les moyens. Lorsque celui-ci est habilité à l'aide sociale, il se voit fixer son tarif hébergement par arrêté départemental. [23] L'habilitation à l'aide sociale des établissements privés lucratifs reste faible : 34% contre

99% des établissements publics et 90% des établissements de l'économie sociale. D'autant plus que les établissements privés à but lucratif ne comportent que très peu de lits habilités à l'aide sociale dans un même établissement. [24]

(2) La tarification des EHPAD

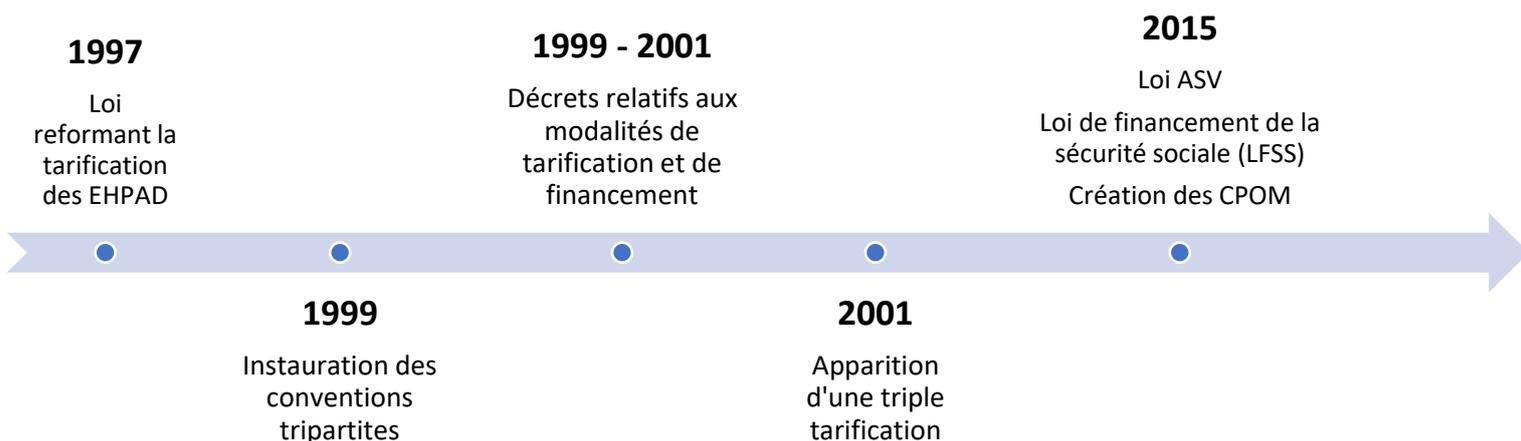


Figure 5 : Frise chronologique de l'évolution de la tarification des EHPAD

La **loi du 24 janvier 1997** réforme la tarification des EHPAD. Elle fut ensuite complétée par les **décrets de 1999 et de 2001** relatifs aux modalités de tarification et de financement, au conventionnement et à la démarche qualité des EHPAD. [25]

Contrairement à certains pays, et malgré de nombreuses discussions autour de la création d'un cinquième risque social financé par les cotisations sociales (comme les différents risques de la sécurité sociale) le financement du risque de dépendance reste une problématique. Des aides existent, les principales étant l'Aide Sociale à l'Hébergement et l'Allocation personnalisée à l'Autonomie (APA), ces deux aides sont financées en majorité par les Conseils départementaux, mais elles sont jugées insuffisantes pour la prise en charge des personnes âgées. [26]

Depuis 2001 les EHPAD sont financés sur la base d'une **triple tarification**

- **Un tarif soin** à la charge de l'Assurance maladie, qui permet la rémunération totale du personnel médical et la rémunération à hauteur de 70% du personnel soignant.
- **Un tarif dépendance**, fixé par le président du Conseil départemental. Selon le degré de dépendance calculé à partir de la grille AGGIR, il est en partie financé par l'APA pour les GIR 1 à 4. Le ticket modérateur (de 5.21€) reste néanmoins à la charge de tous les résidents, peu importe le GIR.

Ce tarif dépendance permet de financer une partie de la rémunération des agents de service hôtelier (à hauteur de 30%), et permet de financer le reste de la rémunération du personnel soignant (30% restants). Il permet également de financer tous les équipements nécessaires à la perte d'autonomie.

- Un **tarif hébergement**, qui peut varier d'un établissement à un autre. Il comprend les prestations hôtelières ainsi que l'animation au sein de l'établissement. Celui-ci permet de financer la rémunération du personnel administratif. [27]

Les conventions tripartites ont été mises en place suite à **la loi de 1999** et sont signées entre : l'établissement, le Conseil départemental et l'ARS. Ces conventions permettent de déterminer les dotations (soins et dépendance) allouées selon le GMP* (Gir Moyen Pondéré) et le PATHOS de l'établissement. [28]

Les modalités de tarification des EHPAD ont été réformées par les **lois n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale**. Les réformes ont porté sur la création des Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM*) se substituant aux conventions tripartites. Conclues pour 5 ans, le Directeur de l'établissement, le Conseil Départemental et l'ARS signeront par le biais du CPOM des obligations respectives et des obligations de suivi du respect de ces engagements.

Les CPOM permettent de définir :

- Les objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge et d'accompagnement
- Les autorisations de l'établissement
- Les financements octroyés pour les 5 ans

A la différence des conventions tripartites, le CPOM peut couvrir différentes catégories d'Établissements et de Service Médico Sociaux (ESMS*) et peut concerner les ESMS d'un ou plusieurs départements situés au sein d'une même région sous réserve de l'accord des conseils départementaux concernés. [29] [30]

L'article 58 de la loi ASV a également instauré des conditions de pilotage qui vont se traduire par l'établissement d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD*) et d'un Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD*). Ces conditions de pilotage se caractérisent par une logique de prévision des produits pour déterminer les charges. [31]

Ces nouvelles modalités de contractualisation laissent désormais plus de marge de manœuvre aux directeurs qui seront amenés à opérer des choix stratégiques pour garantir

la pérennité de l'établissement. Un des premiers vecteurs de la stratégie de l'établissement passera inévitablement par l'organisation du travail et donc par une maîtrise de la masse salariale qui représente près de 73% des dépenses (d'après une enquête réalisée par l'ATIH*, la DGCS* et la CNSA*). [32]

c) La prise de conscience des pouvoirs publics

Pour préparer au mieux le vieillissement de la population, de nombreuses mesures ont déjà vu le jour, parmi lesquelles on retrouve la loi de janvier 2016 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV).

La loi ASV permet notamment de mieux préparer le vieillissement de la population en adaptant les services et établissements dédiés aux personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire en donnant la priorité à l'accompagnement à domicile, en favorisant la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, en renforçant la transparence sur les prix pratiqués en EHPAD et en accompagnant et soutenant les aidants. [33]

En mai 2018 la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a également présenté la feuille de route « Grand âge et autonomie » qui affiche la volonté de faire face au défi de la perte d'autonomie dans le but de prévoir les années 2030 qui seront marquées par une augmentation du nombre de personnes âgées et par un niveau de dépendance élevé. Une des préoccupations principales d'Agnès Buzyn porte sur « la définition d'un socle de biens et de services qui doivent être accessibles à toutes les personnes âgées pour accompagner le vieillissement et la perte d'autonomie ». [34]

B. La prise en soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : atteindre un point d'équilibre entre besoins des résidents et organisation du travail

« *La limite idéale vers laquelle tend la nouvelle organisation du travail est celle où le travail se bornerait à cette seule forme de l'action : l'initiative.* »

J. Fourastié

1. La conciliation entre prise en soins et besoins des résidents en EHPAD

a) *La prise en soins*

Le « prendre soin » est un concept qui prend son origine dans la langue anglaise sous le vocable « care ». Le terme anglais retient deux définitions différentes du « prendre soin » : to CARE (qui représente les soins liés aux fonctions de la vie) et to CURE (qui représente les soins liés au traitement de la maladie).

En français on traduirait le terme « care » par les termes d'attention, de soucis, de sollicitude et de soin. L'attitude du « prendre soin » suppose que le patient soit reconnu, entendu, rassuré avec une empreinte de sollicitude et du souci des autres de la part des soignants.

Prendre soin d'une personne malade et non pas seulement la soigner, seraient les fondements du « CARE », le soin purement médical devant être accompagné d'autres gestes que de simples gestes techniques et scientifiques : le geste médical serait bien plus qu'une réponse à des dysfonctionnements organiques qui seraient accompagnés d'une prise en compte totale de la personne, de son histoire de vie et surtout de respect et de bienveillance. [35] [36]

D'après la philosophie de l'Humanitude, le prendre soin serait alors axé sur les forces vives d'une personne afin de lutter contre la pathologie dont elle souffre : « Prendre-soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même. C'est à la fois procéder à des actions et à des traitements ciblés sur la pathologie dont elle souffre, pour en réduire au maximum les atteintes et les conséquences, et prendre soin des forces vives de la personne, de tout ce qui en elle est sain et lui permet de résister et de lutter. » [37]

La prise en soin des personnes âgées en EHPAD rassemble plusieurs éléments qui vont être le nursing, l'aide dans les tâches de la vie quotidienne mais également la prise en compte des besoins et goûts de la personne accueillie par le biais des projets personnalisés d'accompagnement.

b) L'amélioration des prises en charge par le biais de thérapies non médicamenteuses

Humanitude, Validation, Montessori : ces dernières années des méthodes d'accompagnement non médicamenteuses ont vu le jour au sein des EHPAD.

Parmi les méthodes phares appliquées en EHPAD on retrouve la Méthode Montessori, méthode développée par Maria MONTESSORI en 1907. Cette pédagogie était, jusque dans les années 1970, créée uniquement pour venir en aide aux enfants présentant des troubles de l'apprentissage. C'est donc en 1970 que le professeur Cameron Camp a souhaité étendre les principes de la méthode Montessori aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs pour les aider à garder et/ou à retrouver une certaine autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

La méthode Montessori a pour but de se focaliser sur les capacités des personnes en repensant leur environnement pour redonner du sens à leurs activités et de les replacer au sein de la vie de l'établissement. Elle se base sur trois concepts : « respect », « égalité » et « dignité » et a pour slogan principal « Aide moi à faire seul ». [38]

L'idée de cette méthode est donc de ne pas mettre en échec les résidents en contournant leurs déficits et en s'appuyant sur les capacités préservées pour réapprendre les gestes du quotidien souvent oubliés. Le principe phare de la méthode Montessori est également de changer le regard des soignants envers les personnes qu'ils accompagnent au quotidien. [39]

c) La personnalisation de l'accompagnement

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a instauré de nouvelles règles concernant le droit des personnes. Parmi ces règles elle réaffirme la place des usagers dans l'exercice de leur citoyenneté, la promotion de leur autonomie et surtout la participation directe ou indirecte par le biais du représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet personnalisé à l'autonomie. Le but premier de la loi 2002-2 étant de rendre l'utilisateur acteur de sa prise en charge.

De plus, la loi 2002-2 a rendu obligatoire certains documents et certaines instances afin de rendre les usagers acteurs dans la vie de l'établissement, le Conseil de la Vie Sociale (CVS*) est une des instances garantissant la participation des usagers et de leur famille dans la vie de l'établissement. La réalisation d'un projet d'établissement ou de projet de service est devenue incontournable. Ce document reprenant le fonctionnement et

l'organisation de la résidence se doit d'être construit en intégrant toutes les parties prenantes d'un établissement médico-social. [40]

L'ANESM a également joué un rôle important dans la personnalisation et l'intégration des usagers dans leur accompagnement en institution. Cela s'est traduit au travers de différentes recommandations, telles que les recommandations de bonnes pratiques « Qualité de vie en EHPAD » [41] et « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » [42], qui ont instauré une évolution des pratiques pour l'amélioration de la qualité d'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD.

Chaque professionnel en EHPAD se doit donc de prendre en compte les besoins et attentes des personnes accueillies afin de favoriser ou de maintenir son niveau d'autonomie et de créer un climat de confiance et sécurisé.

Il serait donc impensable que la prise en charge des personnes âgées en EHPAD se fasse sans la prise en compte de leur rythme de vie afin qu'ils bénéficient d'un accompagnement adapté à leurs attentes et besoins. Dans une relation de soignant-soigné avec un attrait certain pour l'adéquation des besoins des usagers, on pourrait également se demander quels sont les besoins des soignants et la vision qu'ils ont de leur profession.

d) Le vécu des professionnels face aux besoins des résidents

Ces dernières années de nombreuses polémiques ont surgi face à la difficulté de la profession de soignant et tout particulièrement en EHPAD. Ces difficultés sont souvent apparentées à la confrontation de la douleur et la fin de vie des personnes âgées.

Le docteur Louis PLOTON, dans le premier chapitre de son ouvrage « *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* », énumère les différents registres de la souffrance des soignants. Selon lui le soignant souffre de « la discordance entre son idéal et les obligations de sa pratique », car il s'occupe d'usagers dont le mal est incurable et dont l'issue restera la mort. De plus il va caricaturer la relation à la mort en évoquant une « relation à trois » : soigné, soignant et la mort, où chaque soignant doit apprendre à cohabiter avec la fin de vie. [43]

D'après une étude publiée par la DREES en 2016, les professionnels du secteur ont quant à leur profession des discours positifs malgré un certain manque de reconnaissance et malgré une certaine pénibilité du travail non négligeable. En effet, les soignants sont davantage tournés vers les finalités de leur métier plutôt que sur les différentes tâches

réalisées. Finalités qui seraient le prendre soin, l'apport du bien-être et le soulagement des personnes fragiles.

Au regard de cette étude, la souffrance des soignants émanerait davantage des difficultés d'organisation plutôt que de la confrontation à la mort. En effet, la question de l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle est aussi un enjeu important pour les professionnels des EHPAD. Ces difficultés de conciliation vont représenter un décalage vis-à-vis de la société et vont être du fait des horaires décalés, des plannings irréguliers, du travail le week-end, etc. Même si, dans une démarche de conciliation avec les équipes, certains établissements restent assez souples quant à une certaine flexibilité des plannings lorsqu'il s'agit d'échanges entre collègues et pour respecter les demandes de congés annuels.

Malgré des conditions de travail jugées difficiles et malgré des organisations du travail parfois complexes, les professionnels sont attachés à leur secteur d'activité, à leur établissement et à leurs missions auprès des personnes âgées dépendantes. [44]

2. L'accompagnement des personnes âgées face à l'organisation du travail en EHPAD

a) L'organisation du travail en EHPAD : définitions et enjeux

(1) Quelle définition de l'organisation du travail ?

Le Larousse définit l'organisation du travail comme l'ensemble des activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des tâches et des responsabilités de chaque individu en vue de la production au sein d'une entreprise. [45]

L'organisation du travail va donc s'intéresser à l'agencement des tâches à réaliser, au suivi et au contrôle des résultats souhaités par la coordination et l'optimisation des moyens mis à disposition. L'organisation du travail va tourner autour d'une répartition des tâches entre unités de travail, attribuées selon les compétences de chacun. Celle-ci nécessite de prendre également en compte le caractère chronologique des tâches à réaliser mais également la durée de celles-ci.

En EHPAD, l'organisation du travail s'apparente à un travail de groupe et à une répartition des tâches de façon à ce que tous les agents puissent réaliser les missions confiées dans les meilleures conditions possibles. Cette répartition et partage des tâches sont déterminées par le biais des plannings et des fiches de poste.

De nombreux secteurs, et notamment dans l'industrie ont vu leurs tâches allégées grâce à la robotisation mais il n'en est rien du secteur du médico-social. A l'inverse, les personnels d'EHPAD doivent faire face à des prises en soins de plus en plus complexes et à une pénibilité accrue du travail.

Dans le cadre de ce mémoire, l'organisation du travail comprend les horaires de travail, les plannings, les affectations par équipe et les missions confiées par l'intermédiaire des fiches de poste.

(2) Les enjeux de l'organisation du travail en EHPAD

L'organisation d'un EHPAD dépend plus généralement des personnes accueillies. Les personnes âgées rentrent en EHPAD de plus en plus tard mais surtout de plus en plus dépendantes et présentant des polypathologies.

L'organisation du travail et la répartition des tâches en EHPAD restent deux enjeux propres à chaque établissement qui est libre de définir ses horaires de travail, ses roulements, ses équipes, etc.

De même pour le travail des soignants en EHPAD qui peut différer d'un établissement à un autre mais dont les missions principales restent cependant les mêmes et s'apparentent aux besoins de la vie quotidienne tels que se lever, s'habiller, manger, se déplacer, etc. Le travail de soignant en EHPAD est avant tout un travail collectif, une constitution d'équipe de travail, et une répartition des tâches. Une certaine solidarité a également pu voir le jour. En effet, l'organisation du travail peut être formelle, réalisée par le biais des fiches de poste ou elle peut également être informelle avec une entraide, une solidarité et un partage des tâches dans l'équipe lorsqu'un collègue se retrouve en difficultés. [44]

(a) Évolution des profils : impact sur la charge de travail et la qualité de vie au travail

La généralisation de la prise en charge médicale et l'amélioration générale des conditions de vie permettent de repousser la fin de vie, mais elles ne garantissent pas un meilleur maintien de l'autonomie physique et psychique des personnes âgées. La médicalisation des personnes âgées entrant en EHPAD reste donc inévitable.

La dépendance importante des personnes âgées induit donc une prise en soin de plus en plus lourde et plus complexe. De plus, les modalités d'accueil ont aussi bouleversé la prise

en charge des personnes âgées en EHPAD. En effet, il y a eu une diversification des modes d'accueil : hébergements temporaires, hébergements permanents, développement des accueils d'urgence, développement de l'accueil de jour, etc. Ces multiples modes d'accueil nécessitent d'avoir une organisation stable et une équipe formée au mieux aux diverses pathologies possibles.

Cette diversification des modes d'accueil va également être liée à la provenance des personnes âgées entrant en EHPAD, de nombreux résidents ne vont plus uniquement provenir du domicile et de nouveaux profils apparaissent. [44] Parmi eux on va retrouver des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques, des personnes handicapées vieillissantes, des personnes âgées ayant des conduites addictives.

Les conditions de travail des soignants en EHPAD changent sous l'effet des évolutions des profils des résidents cités ci-dessus. Ces évolutions engendrent une amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel, un renforcement des exigences en termes de normes et de qualifications, mais également une exigence accrue des résidents et des familles. Elles nécessitent d'avoir également des formations supplémentaires adéquates aux nouveaux profils intégrant les EHPAD. [44]

Une pénibilité physique importante a également fait son apparition, elle est liée aux diverses manutentions (levers, transferts...), à la perte de mobilité des résidents, à une station debout prolongée, à des mouvements répétitifs. L'organisation du travail se doit donc de prendre en compte la prévention des risques professionnels et des risques psycho-sociaux.

En effet, en parallèle à ces lourdes prises en soin s'ajoutent les risques psycho-sociaux des salariés qui doivent faire face à une charge émotionnelle intense due à la fin de vie, à la souffrance et à l'affaiblissement physique et/ou morale des résidents. La charge mentale des soignants va également être mise à mal à cause du stress et des relations conflictuelles qu'ils peuvent rencontrer avec les résidents et les familles.

(b) L'organisation émane d'abord des ressources humaines

Les ressources humaines, autrement appelées la masse salariale, représentent un des postes de dépenses le plus important au sein d'un EHPAD. Comme mentionné précédemment elles représentent près de 73% des dépenses (d'après une enquête réalisée par l'ATIH, la DGCS et la CNSA) [33]. Avec les conventions tripartites il revenait au directeur de gérer au mieux les enveloppes budgétaires allouées par l'ARS et le Conseil départemental pour garantir la qualité de la prise en soin des résidents au sein d'un EHPAD.

➤ L'absentéisme

L'absentéisme, qu'il soit lié à des arrêts maladies ou à des accidents du travail, atteint des taux records dans le secteur médico-social. Selon les données de l'ANAP de 2015, les EHPAD ont le taux d'absentéisme le plus important avec 8,9 % soit 32,5 jours moyens d'absence par salarié sur une année (contre 6,6% soit 24 jours d'absence dans le secteur de la santé). [47] L'absentéisme représente un facteur important dans l'organisation des équipes. Lors de l'absence d'un salarié, les prises en soins ne peuvent être interrompues, les plannings doivent être revus pour pouvoir remplacer le poste manquant. Afin de mieux appréhender ces problématiques d'absentéisme, de plus en plus de structures ont créé des procédures, appelées « travail en mode restreint » ou « travail en mode essentiel ».

➤ Les difficultés de recrutement

Il s'avère de plus en plus difficile de pallier les problèmes de recrutement du personnel soignant dans les EHPAD. D'après la DREES, 44% de ces établissements déclarent avoir du mal à recruter. De plus, le renouvellement du personnel en EHPAD est fréquent. [48]

Ces difficultés de recrutement se retrouvent essentiellement dans le secteur privé. En effet, un établissement sur deux est confronté à des difficultés de recrutement, selon la DREES, 49% des établissements privés déclarent y être confrontés contre 38% des établissements publics. [48]

Les difficultés de recrutement sont également souvent liées à la situation géographique des établissements. Près de la moitié des EHPAD situés dans des communes isolées rencontrent des difficultés de recrutement et ont des postes non pourvus.

Un article publié dans Le Monde en mai 2018 dénonce une baisse du nombre de candidats aux écoles d'aides-soignants. Cette baisse de candidats s'élève à 30% dans plusieurs régions et plus particulièrement en Nouvelle-Aquitaine avec une baisse de 32% du nombre de candidats entre 2015 et 2017. La plus grande crainte due aux difficultés de recrutement serait de baisser le niveau d'exigence, ce qui serait impensable au vu du niveau de dépendance de plus en plus élevé et des prises en charge de plus en plus lourdes des personnes âgées en EHPAD. [49]

b) Le calcul de la charge de travail

(1) La référence à la charge de travail, au taux d'encadrement et aux équivalents temps plein

Le taux d'encadrement est obtenu en rapportant les effectifs du personnel en équivalent temps plein (ETP*) au nombre de places installées. Les ressources humaines se calculent en équivalent temps plein ou en taux d'encadrement.

Le taux d'encadrement est, depuis quelques années, source de revendications de la part du grand public et de la part des soignants travaillant en EHPAD. Ce taux est souvent considéré comme insuffisant. D'après une étude réalisée par la CNSA publiée en 2019 et portant sur les chiffres de 2017, le taux d'encadrement médian pour 100 résidents a été estimé à 63,3 ETP contre 62,9 ETP en 2016, ce qui représente une évolution qui reste légère mais encourageante. [50]

En 2006, le plan solidaire grand âge préconisait de passer de 57 ETP à 65 ETP pour 100 résidents. On pourrait donc dire que l'on s'approche peu à peu de cette recommandation, si ce n'était sans compter que les personnes âgées rentrent en EHPAD de plus en plus tard et de plus en plus dépendantes. [51]

La détermination des effectifs au sein d'un EHPAD va dépendre du niveau de dépendance des personnes accueillies. En effet, les postes des soignants sont financés en partie grâce aux dotations versées par l'ARS et par les conseils départementaux. Le montant des dotations va être déterminé en s'appuyant sur les outils mesurant le niveau de dépendance.

(2) Les outils de mesure de la charge de travail

Pour mesurer la charge de travail il existe deux types d'indicateurs : les indicateurs liés à la prise en soin et les indicateurs liés à l'activité de l'établissement.

(a) Les indicateurs liés à la prise en soin

➤ Le Gir Moyen Pondéré (GMP)

Le GMP est un outil issu de la détermination des Groupes Iso-Ressources (GIR) de chaque résident d'un EHPAD. Le GIR, qui, est lui-même déterminé à partir de la grille AGGIR* qui permet de classer les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du

constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectuées ou non par la personne.

Le cumul des GIR des résidents présents dans un établissement hébergeant des personnes âgées à un instant « t » permet de déterminer le GMP, qui représente le niveau moyen de dépendance des résidents. Il permet également à l'établissement de percevoir les dotations en conséquence du GMP. Plus le GMP est élevé au sein d'un établissement plus cela induit un niveau de dépendance élevé et donc une prise en soin élevée. [52]

➤ Le Pathos Moyen Pondéré (PMP)

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) permet d'évaluer la charge en soins médicaux et médico-techniques. L'outil Pathos est complémentaire de la grille AGGIR et permet d'ajuster au mieux la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD.

Le Pathos permet de faire la photographie des pathologies d'un patient et des soins requis pour un jour donné. Il mesure en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés aux personnes dépendantes. Il permet d'évaluer les soins requis pour tous les états pathologiques présentés par une personne âgée.

L'outil Pathos est un modèle de 50 états pathologiques qualifiés par huit profils de soins permettant d'établir une typologie de groupes de résidents et de calculer des indicateurs de niveaux de soins requis. Il s'agit d'un outil descriptif évaluant un établissement en situation de fonctionnement, il est utilisé dans une approche transversale des populations à l'aide d'une coupe un jour donné. La coupe pouvant être répétée à quelques années ou mois de distance pour suivre l'évolution de l'état global de santé des résidents.

Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure, en nombre de points, le niveau de dépendance et donc le niveau de prestations que doit fournir l'établissement. En effet, il permet de réaliser un bilan à partir de tous les résidents et permet d'apprécier les besoins en personnel soignant et les différents moyens à mobiliser pour une prise en charge optimale et adaptée des résidents. [53]

(b) Les indicateurs liés à l'activité

➤ Le taux d'occupation

Initialement appelé « taux de remplissage » et utilisé dans les secteurs sanitaire et commercial, le taux d'occupation permet de mesurer l'activité réalisée sur le nombre de

jours théoriques. Il permet par ailleurs de mettre en avant le taux de fréquentation de l'établissement et de mettre en exergue la demande sur un territoire donné.

Le taux d'occupation est principalement utilisé en tant qu'indicateur d'activité mais également en tant qu'indicateur économique.

Le taux d'occupation se définit par le ratio suivant
$$= \frac{\text{Nombre de places occupées}}{\text{Capacité totale de l'établissement}}$$
 [54]

Plus le taux obtenu tend vers 100% plus l'établissement a atteint sa capacité totale. La charge de travail est étroitement liée au taux d'occupation, en effet, plus celui-ci est élevé, plus la charge de travail tend à son maximum.

➤ Le taux de rotation

Le taux de rotation de place au sein d'un EHPAD va mesurer le nombre d'entrées et le nombre de sorties par an.

Plus ce taux est important, plus le nombre de nouveaux résidents est important, ce qui va engendrer une forte charge de travail (préparation du nouvel accueil, rédaction d'un projet personnalisé à mettre en place, etc.)

II. Le leadership managérial au cœur de la conduite du changement dans les organisations du travail

A. Management et leadership : deux notions distinctes et complémentaires

1. Le management

Le terme « management » a été emprunté en 1973 au vocable anglais « to manage » qui signifie l'action de diriger, de conduire et d'entraîner.

Le management a fait l'objet de nombreuses définitions, parmi lesquelles on retrouve la définition d'Henry Fayol (1916) qui l'a défini comme « la prévoyance, de l'organisation, du commandement, de la coordination et du contrôle ». Il a également décrit le rôle du manager autour de 6 grandes fonctions reprises en partie dans sa définition du management : la prévision (planification), l'organisation (structuration), le commandement (direction des équipes), la coordination et le contrôle. [55] [56]

Henry Mintzberg, auteur de nombreux écrits sur le management a défini le management comme « la présence d'un système d'autorité et d'administration, personnifié par un ou plusieurs managers dans une hiérarchie plus ou moins structurée et dont la tâche est d'unir les efforts de tous dans un but donné... ». [57]

Peter Drucker (1989) quant à lui l'a défini comme : « quelque chose qui se rapporte à des êtres humains. Sa tâche, son devoir, c'est de rendre les hommes capables de produire un résultat commun, de donner de l'efficacité à leurs capacités, et de faire en sorte que leurs points faibles n'aient pas d'importance ». [56]

Sur les définitions proposées ci-dessus nous retiendrons que le management désigne l'activité d'un individu chargé d'encadrer, de diriger et d'organiser le travail des individus en les impliquant et les motivant à atteindre des objectifs fixés au préalable. Le manager est le pilier central d'une organisation avec des responsabilités et dont le soutien de son équipe reste indispensable pour atteindre ses objectifs.

2. Le leadership

Tout comme le management, le leadership est un terme emprunté aux anglais qui définit la capacité d'un individu à mener d'autres individus dans le but d'atteindre des objectifs. [58] Parmi les comportements et attitudes repérées comme efficaces on pourrait citer : la communication claire des attentes, l'identification et la production de résultats de haut niveau, l'orientation vers les individus, une administration organisée et la formation. [59] Certaines qualités ont été repérées comme efficaces, parmi lesquelles on pourrait citer la confiance, la persuasion, la communication et l'éthique.

Claude Levy-Leboyer, professeur de psychologie du travail a défini le leadership comme « un processus d'influence social par lequel un individu amène un groupe à atteindre des objectifs. Le leadership n'implique pas seulement le fait de faire faire quelque chose à d'autres individus, mais également (ce qui n'est pas le cas pour les relations d'autorité) la capacité à changer l'attitude des membres du groupe, à les mobiliser et à entraîner leur adhésion à des buts communs. De ce fait le leader doit savoir susciter les motivations et entraîner ceux qui le suivent bien plus que les diriger de manière autoritaire. » [60]

Nous garderons ici l'idée qu'un leader est quelqu'un qui influence des personnes et des projets en vue de la réussite de ces mêmes personnes et projets.

B. Le management des évolutions dans les organisations du travail

1. L'organisation du travail

Fayol, Weber et Taylor sont tous trois considérés comme les fondateurs de ce que l'on appelle « L'école classique du management ». Fayol s'est penché sur les problèmes de direction de l'entreprise. Taylor, quant à lui, s'est focalisé sur l'organisation des ateliers de production : le « taylorisme ». Et Weber a défendu une organisation bureaucratique où l'entreprise est l'assurance de l'efficacité organisationnelle. L'école classique regroupe différents auteurs aux idées différentes qui ont, néanmoins, tous en commun une recherche de rationalité. [61] [62]

Frederick Taylor, Max Weber, Henri Fayol, Henri Ford, et bien d'autres auteurs ont démontré à des multiples reprises à travers leurs différentes théories sur la division du travail, sur le fonctionnement bureaucratique, etc., que le management était avant tout une affaire de modèle. Les styles de management ont évolué avec le temps même s'il subsiste, encore aujourd'hui, dans les entreprises des caractéristiques des modèles anciens des auteurs cités précédemment. [61]

En effet, dans les EHPAD, certains points d'organisation sont similaires aux principes du fonctionnement bureaucratique de Max Weber : les compétences de chacun correspondent à un seul emploi et ces compétences ne sont pas interchangeables. D'autres points d'organisation, telles que les fiches de poste, sont décrites par Henri Fayol dans sa théorie du commandement.

Les modèles managériaux ont ensuite évolué vers une prise en compte plus humaine des salariés. C'est Abraham Maslow (1950) qui, avec sa théorie des besoins, définit à travers une pyramide, plus communément appelée « Pyramide de Maslow », les besoins primaires (physiologique et sécurité) et les besoins psychologiques (appartenance, reconnaissance, et accomplissement de soi). [63]

LA PYRAMIDE DE MASLOW



Figure 6 : Pyramide de Maslow [64]

Pour que le manager prenne en compte ces besoins et agisse dans l'intérêt du travailleur, Maslow propose un management participatif qui permettrait selon lui l'accomplissement de soi. C'est une première étape dans l'histoire du management de passer d'une logique de l'activité et du rendement au travailleur et son bien-être. Frederick Herzberg va poursuivre des travaux dans la même lignée que ceux de Maslow et va travailler sur l'enrichissement des tâches en déterminant deux types de facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Ces facteurs vont être liés à l'environnement de travail et à la motivation. Il va également encourager la diminution des contrôles des salariés et l'augmentation des responsabilités. [65]

2. Le management, l'organisation et la qualité de vie au travail (QVT)

« Prendre soin de ceux qui nous soignent »

M. TOURAINE

Les modes de management plus récents font souvent référence à la qualité de vie au travail. Sujet qu'avait déjà initié Maslow avec sa modélisation sous forme de pyramide puis Herzberg avec la prise en compte des besoins identifiés par deux facteurs : l'environnement et la motivation. [65]

L'intérêt pour la qualité de vie au travail (QVT) est récent (1970). On retrouve les prémices de l'intégration de la QVT au travers des travaux de Éric Trist (1950) qui ont démontré les limites du Taylorisme. Les travaux de Trist ont permis de démontrer que l'efficacité au travail est liée à la qualité de vie au travail et que ce lien dépend également de l'organisation du travail.

La qualité de vie au travail est définie comme « un état général de bien-être ressenti par les personnes dans leur milieu de travail. On peut décrire la QVT à partir d'indicateurs tels que :

le sens du travail, le sentiment d'appartenance, l'engagement organisationnel, le sentiment d'accomplissement de son travail et l'atteinte de l'équilibre entre travail et vie privée.

Le terme de QVT est apparu pour la première fois à New-York en 1972. Un groupe de chercheurs en a donné une définition regroupant quatre notions : l'intégrité physique, l'intégrité psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre vie au travail et l'équilibre vie hors travail. C'est à la même époque que sont apparues les notions liées à la santé psychologique au travail et l'épuisement professionnel (ou burn out) ainsi que les différentes causes.

Richard Hackman et Greg R. Oldham ont défini dans les années 80 la qualité de vie au travail comme « une articulation entre les besoins des salariés et le contenu du travail qui assurerait à la fois le bien-être et l'efficacité productive ».

En France, le terme QVT est plus récent, c'est l'expression « amélioration des conditions de travail », sous-entendu « risques professionnels et prévention » qui était utilisée auparavant. C'est en 2013 que le terme QVT est apparu dans l'accord national interprofessionnel, qui a donné la définition suivante de la QVT : « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* ». [66]

Très récemment, la ministre de la santé, Agnès BUZYN a installé un observatoire national lié à son ambition d'amélioration de la qualité de vie au travail et a nommé le Professeur COLOMBAT Philippe comme président. Cet observatoire a pour but de réaffirmer l'importance de ces questions liées à la QVT pour tous les professionnels de santé et du médico-social, qu'ils exercent en établissement, en ambulatoire ou à domicile. [67]

L'observatoire national de la QVT a plusieurs missions qui sont les suivantes :

- Contribuer au développement de la connaissance en mettant à disposition la documentation nécessaire
- Conduire des recommandations opérationnelles pour aider les professionnels à améliorer leurs pratiques
- Organiser un colloque annuel pour rassembler toutes les connaissances sur le sujet et les partager [68]

Aujourd'hui, l'approche de la QVT ne se veut plus curative mais préventive. Il s'agirait d'agir en amont pour toucher les acteurs du changement avec une prise en compte du travail des équipes. On ne resterait plus sur les risques liés au travail, mais plutôt sur la façon dont on

pourrait organiser un service pour qu'il y ait une augmentation de la qualité des prises en charge et de la qualité des conditions de travail. [69]

C. La conduite du changement dans les organisations du travail

Aujourd'hui le changement est devenu une composante structurelle du management et du fonctionnement des entreprises et tous les discours des managers font mention du changement comme étant la solution à la gestion des évolutions qu'une entreprise doit surmonter pour survivre et continuer à se développer. Barack Obama avec son slogan « Yes, we can » avait construit sa campagne électorale sur la capacité à réaliser des changements en faisant des électeurs les principaux acteurs du changement. [70]

1. Le changement et l'organisation : facteurs, causes et résistance

« La vie est un changement permanent et la seule chose qui ne change pas, c'est que tout change tout le temps. »

Dicton oriental

a) La définition du changement

Le changement peut concerner tout ce qui bouge, tout ce qui change, tout ce qui évolue, de manière positive ou négative. Le Larousse définit le changement comme le fait de changer, de modifier quelque chose. Il définit également le changement par le passage d'un état à un autre. [71]

Pierre Collerette, G. Delisle et R. Perron ont défini le changement comme étant « le passage d'un état à un autre, qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable ». [72] Bélanger, quant à lui, donne la définition suivante du changement : « le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle, jugée inadéquate, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées ». [73]

De nombreux auteurs ont défini la notion de changement. Dans ce travail nous retiendrons que le changement émane de la rupture d'une situation, qui pourrait entraîner un état plus stable ou, du moins, en adéquation avec une organisation, future, souhaitée. Situation qui serait inhérente à une entreprise instable et au développement de son environnement. Conduire un changement serait à la fois : anticiper, définir et mettre en place le changement.

La conduite du changement quant à elle, représenterait l'ensemble de la démarche qui va de la perception d'un problème d'organisation à la définition d'un cadre d'actions qui permettrait l'élaboration, le choix et la mise en place d'une solution dans des conditions optimales de réussite.

Dans un monde en perpétuel mouvement, l'organisation doit elle-même s'adapter aux différents facteurs impactant sa prospérité, les changements organisationnels sont donc nécessaires. [74]

b) Définition du changement organisationnel

De nombreuses définitions existent concernant le changement organisationnel. Dans le cadre de ce mémoire, les définitions présentées sont celles jugées les plus pertinentes.

D'une manière simple on pourrait définir le changement organisationnel comme un processus de transformation d'une organisation vers une organisation différente souhaitée.

Parmi les définitions d'auteurs on retrouve la définition de Pierre Collerette, G. Delisle et R. Perron qui est la suivante : « toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce système ». [72]

Nous retiendrons ici, que le changement organisationnel est un concept de gestion couvrant l'ensemble des processus et des actions qui permettent de transformer une entreprise et les individus pour les adapter aux évolutions de l'environnement. De plus, il est important de préciser qu'un processus de changement organisationnel nécessite de mettre en œuvre trois actions : la définition de la conduite de changement, sa mise en œuvre et la consolidation du changement.

La littérature concernant le changement organisationnel exprime la nécessité de donner une vision du changement et de maîtriser l'impact qu'il peut engendrer, en par exemple, minimisant les impacts néfastes qu'il peut produire, en contrôlant les divers éléments qui peuvent empêcher ou affecter le processus.

Différentes approches existent et font toutes appel à des notions diverses telles que : l'environnement (Gilgeous 1997), la culture organisationnelle (Kotter 1997), la gestion des ressources humaines (Nadler 1993), au style de gestion de l'organisation (Pearce et Osmond 1996). [75] Cependant aucune des approches ne représente le processus de changement, l'impact qu'il peut avoir sur les organisations et les différentes étapes à mener pour une conduite du changement réussie.

c) Les causes et facteurs du changement organisationnel

L'initialisation du changement naît de la perception d'une inadéquation entre le fonctionnement d'une organisation et ses finalités. Des causes et facteurs suscitant le changement peuvent être identifiées. Parmi les facteurs on retrouve : la technologie, la stratégie, la culture, le pouvoir et la configuration. [76]

Et parmi les causes du changement organisationnel on peut retenir trois causes issues de différents courants de pensée [77] :

- **Le courant déterministe** : la cause d'un changement organisationnel serait externe à l'organisation. Les auteurs affirment que « l'environnement reste la première cause du changement organisationnel »
- **Le courant volontariste** : à l'inverse du courant déterministe, la cause d'un changement organisationnel serait interne à l'organisation. D'après Bower (1970) les causes d'un changement organisationnel sont dues aux actions et choix stratégiques des managers et aux processus de décisions associés à ces actions et à ces choix.
- **Le courant transversal** : les auteurs ayant remis en cause les deux précédents courants et ont proposé une alternative dite du « réseau d'interdépendance » spécifiant que les causes ne seraient ni externes ni internes mais qu'elles dépendraient de l'interaction entre les deux.

2. Les approches de la conduite du changement

Le processus de changement peut être appréhendé à partir de différents travaux relatifs à la conduite du changement. Ces différentes approches peuvent être un cadre de référence pour les actions managériales et permettre de structurer l'action et les différents acteurs concernés par le changement. [78]

- Le changement en tant que **processus planifié**

Cette approche met l'accent sur le caractère planifié d'un changement organisationnel. Child (1972), Tessier et Tellier (1973) présentent le changement comme une action volontaire des personnes chargées de conduire une organisation. La notion de changement planifié s'est rapidement assimilée au courant du développement organisationnel qui s'est focalisé sur l'amélioration du fonctionnement des grandes entreprises américaines dans les années 70.

- Le changement en tant que **processus politique**

Contrairement au modèle défini précédemment, le modèle politique repose sur une vision hétérogène de l'organisation. Les auteurs tels que Lindblam (1959), Etzioni (1961) et Michel Crozier (1963) ont présenté l'organisation « comme un ensemble d'acteurs dotés d'objectifs et d'intérêts propres, qui contrôlent les ressources multiples (autorité, temps, personnel, argent, information, etc.) de l'organisation ».

Dans ce processus, le changement pourrait émerger ou être freiné au cours d'un processus conflictuel opposant des intérêts divergents. Le changement résulterait d'une conciliation entre les intérêts contradictoires des membres de l'organisation. Andrew Pettigrew (1985) va insister sur la « nécessaire légitimité des porteurs du changement » qui se chargeront de rallier les différents individus qui sont « pour le changement » et ceux « contre le changement » pour permettre la réussite du changement organisationnel. Andrew Pettigrew va également insister sur le contexte comme élément essentiel pour légitimer un changement. Le processus de changement va se mettre en marche lorsqu'il y a modification de l'environnement et que celui-ci mène à un déclin de la performance de l'entreprise.

- Le changement comme un **processus procédural ou routinier**

Selon Cyert et March (1963), les choix organisationnels sont soumis à la routine. Ils présentent le changement d'une organisation comme un « processus de choix entre différentes routines organisationnelles existantes ». En effet, d'après eux, plus les routines sont utilisées et ancrées plus elles sont répétées et adaptées aux nouvelles situations organisationnelles. Dans ce processus, il va être nécessaire de comprendre par quel mécanisme quelle routine va se mettre en place. C'est au dirigeant de l'organisation que va revenir la capacité de pouvoir modifier les comportements des membres de l'organisation à travers des dispositifs tels que l'incitation, la sanction ou bien même la récompense.

Les changements sont donc induits par ces routines : dès lors que l'on va modifier une routine pour s'adapter à une nouvelle situation de nouveaux changements apparaissent.

- Le changement comme processus **de création de sens ou dit interprétatif**

Ce courant interprétatif s'est progressivement développé dans le domaine de l'organisation, qui d'après Burrell et Morgan (1979) est présenté comme « un système socialement construit de significations partagées ». Ce processus serait donc construit autour des interactions entre les membres de l'organisation. Un des défis les plus importants dans la gestion des changements organisationnels va être de faire en sorte que les nouvelles représentations soient partagées par l'ensemble des membres de l'organisation.

Karl Weick (1979) a proposé un processus où l'on va retrouver une phase où les dirigeants attirent l'attention des individus sur l'organisation, puis les dirigeants construisent, réarrangent et détruisent certains aspects de l'organisation. Les dirigeants jouent donc un rôle de « producteur de sens » permettant d'introduire les nouvelles références souhaitées. Le processus de changement va être représenté comme une construction sociale négociée.

- Le changement comme **processus chaotique**

Staburck (1983) a décrit les organisations comme « des systèmes complexes ayant leurs propres lois de cause à effet ». Cela induit que les actions ne seraient pas totalement sous le contrôle des individus et que lorsque les organisations bougent, les actions peuvent échapper à leurs objectifs et peuvent déboucher sur des conséquences non planifiées initialement. Ce processus décrit les organisations comme un système imprévisible et incertain dont le devenir pourrait dépasser les acteurs qui les construisent et les constituent. Cette vision de l'organisation a donc un impact sur la façon de concevoir des changements.

Ces différentes approches ont ensuite permis d'articuler un modèle dit « des cinq forces », qui permet de donner une vision globale et nuancée du processus de changement qui permet de prendre en compte les différentes dimensions impliquées dans un processus de changement.

a) La temporalité du changement

Elisabeth Kübler Ross a réalisé des travaux sur la temporalité du changement et a montré que l'individu avait besoin de temps entre l'annonce d'un changement et l'engagement dans celui-ci. L'individu passe par différentes étapes au cours desquelles il va faire le deuil de l'ancienne situation et l'expérimentation du gain futur.

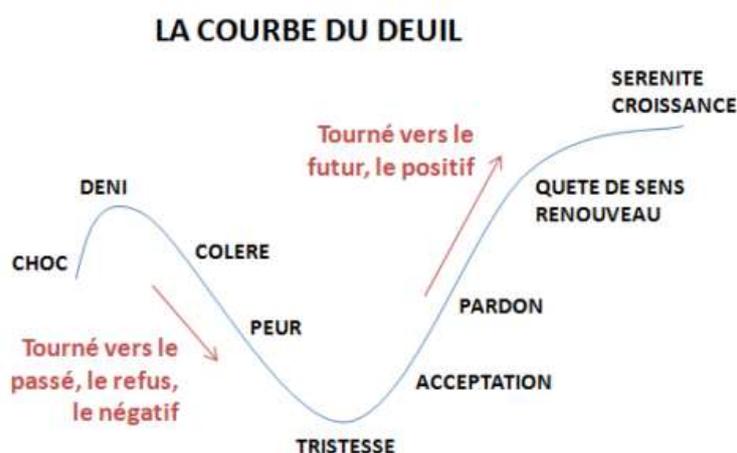
Elisabeth Kübler Ross a identifié quatre phases d'assimilation du changement :

- Le choc : l'annonce du changement va susciter du déni et/ou de la peur. Cette phase doit permettre aux individus de s'exprimer.
- La remise en question : après l'annonce du changement qui génère un choc, celui-ci va laisser place aux interrogations sur l'effort à réaliser et la probabilité de réussir le changement.
- La remobilisation : cette phase va se caractériser par une acceptation du projet de changement.

- L'engagement : c'est dans cette dernière phase que les individus vont intégrer le changement dans leur environnement, vont agir et l'ancrer comme une nouvelle culture. Chaque phase doit correspondre à un accompagnement spécifique et des temps d'écoute pour aider les équipes à progresser dans les meilleures conditions. [80]

Par définition, le changement nécessite de faire le deuil de quelque chose. En effet, on sait quelle organisation est quittée mais pas encore celle qui sera mise en place. Changer une organisation implique de changer les comportements des personnes et implique également de modifier les relations qu'elles ont entre elles. Ce changement implique aussi de changer leur position dans l'organisation, c'est toucher à l'identité qu'ils avaient pu construire et à un quotidien ancré. Dans cette perspective, la résistance au changement ne serait plus considérée comme une barrière au changement mais plutôt comme un comportement naturel induit par le changement.

Le processus du changement passe donc par plusieurs étapes qui vont être reprises dans la « courbe du changement » et également à travers la « courbe du deuil » modélisée par Elisabeth Kübler-Roos suite à ses différents travaux sur le sujet. [80]



b) *La résistance au changement : frein ou levier dans le cadre d'une nouvelle organisation ?*

« Un des plus sérieux problèmes rencontrés ... a été la résistance des travailleurs de production face aux changements nécessaires dans les méthodes et les postes de travail. »

Coch et French - 1948

La résistance au changement désigne tout comportement ou attitude indiquant un refus de soutenir ou d'apporter une modification à un projet de changement. La résistance au changement est souvent la cause mise en avant lorsqu'un projet n'avance pas. [81]

Coch et French ont publié en 1948 un article s'intitulant « Overcoming resistance to change » qui présente la résistance au changement comme une combinaison de réactions individuelles liées à un sentiment de frustration et de relations collectives issues de forces induites par des groupes.

On peut identifier différents facteurs à l'origine de cette résistance [76] [81] :

- **Les causes individuelles :**

Chaque individu aura, de par son histoire, ses expériences, ses valeurs, sa culture des représentations personnelles de tous les éléments en lien avec le changement.

Kotter et Schlesinger (1979) ont identifié quatre facteurs expliquant la résistance d'un individu au changement. Dans ces facteurs on retrouve l'intérêt individuel où l'individu va se concentrer sur son propre intérêt plutôt que sur celui de l'organisation, ensuite vient le manque de confiance avec une méconnaissance des intentions, puis une faible tolérance au changement de peur de ne pas être capable de s'adapter et de développer les nouvelles compétences à mettre en œuvre dans la future organisation et enfin apparaît une vision différente de celle des initiateurs du projet de changement.

Aux facteurs énumérés ci-dessous on pourrait ajouter également une certaine peur de l'inconnu, la crainte de perdre ce qui est déjà acquis, un questionnement de sa place dans la nouvelle organisation, la remise en cause des compétences et un certain attachement aux habitudes confortables.

- **Les causes collectives :**

Généralement, les équipes d'une même entreprise partagent des valeurs et des normes communes, une culture d'entreprise et des acquis sociaux qu'ils ont peur de voir disparaître suite à la mise en place d'un changement organisationnel. Le changement doit prendre en compte le système de valeur et la culture de l'entreprise qui caractérise le groupe.

- **Les causes structurelles ou conjoncturelles :**

Les causes structurelles et conjoncturelles représentant le tissu culturel de l'entreprise sont au nombre de trois. Il s'agit des conditions de travail, de l'organisation fonctionnelle de l'entreprise et du climat de l'entreprise.

La résistance au changement peut prendre plusieurs formes et peut se traduire par de l'inertie, du sabotage et de la révolte.

c) Quels sont les leviers lors d'une conduite du changement ?

Pour mener à bien une conduite de changement il est indispensable de définir quels vont être les leviers et freins à maîtriser.

Quatre leviers sont à actionner pour conduire le changement [76] :

- « **Le management** » : il fait référence au mode et à la stratégie de gestion des hommes par les cadres dirigeants. Dans le cadre de la conduite d'un processus de changement, ce levier doit être actionné en priorité car il est à l'origine de l'initialisation du processus et influence fortement le succès de son implantation. Il importe donc à la fois de veiller à ce que les composantes de ce levier participent à la responsabilisation et à l'implication du management et d'en connaître les points forts et les limites.
- « **La structure** » : elle définit la manière dont les ressources de l'entreprise sont organisées et établit la répartition et la localisation de chaque entité (direction, division, département, service...). Elle segmente l'entreprise et la divise en parties.
- « **Les systèmes** » : c'est la manière dont les flux circulent dans la structure. On parle ici des systèmes financiers et administratifs, des systèmes de production, des systèmes économiques et commerciaux, des systèmes culturels et humains, des systèmes décisionnels. La réactivité d'une entreprise est dépendante de ces systèmes. Ils influent directement sur des prises de décisions et sont au cœur de tout changement.
- « **La culture** » : elle représente l'ensemble de valeurs durables et partagées par tous les membres d'une entreprise. La culture fait référence à l'attachement aux valeurs sociales de l'entreprise, à l'attachement aux valeurs professionnelles, au vécu de l'organisation et du management. La culture est un des leviers souvent négligés alors que la culture change beaucoup plus sous l'effet des actions quotidiennes, que sous celui des efforts de formation ou des décisions des dirigeants.

Ces leviers sont étroitement imbriqués et sont tous concernés par le changement. Ils seront partiellement ou totalement actionnés et combinés en fonction du degré de changement recherché.

III. L'exemple de la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

La problématique de mon mémoire est le fruit d'une réflexion menée suite à mon arrivée au sein de la Résidence Le Repos Marin en y mêlant mon expérience personnelle. En effet, j'ai pris conscience des différents enjeux et impacts d'un changement d'organisation qu'il me semblait nécessaire d'analyser.

Après avoir présenté le terrain de recherche puis la méthodologie utilisée, il s'agira de réaliser une analyse des résultats sur les préoccupations de chacune des parties prenantes dans le cadre de cette conduite du changement au regard de la prise en soin des résidents.

Il sera alors possible de réaliser une analyse critique de la méthode employée et des choix effectués mais également d'émettre une recommandation, la plus exhaustive possible des éléments à prendre en compte dans une conduite du changement.

A. Présentation du terrain de recherche

1. Historique de la résidence

Le Repos Marin est issu d'une fusion, réalisée en 2008, de deux EHPAD de taille moyenne qui ont donné naissance à la configuration actuelle, de 99 lits dont 92 lits pour des accueils permanents, 7 lits pour des accueils temporaires et une capacité de 6 places en accueil de jour. Le schéma ci-dessous reprend les différents éléments marquants depuis l'achat de la résidence par le groupe Colisée jusqu'à la mise en place de la réorganisation en janvier 2019.

Historique du Repos Marin avant la mise en place de la nouvelle organisation



Figure 8 : Frise chronologique de la mise en place de la réorganisation du Repos Marin

2. Indicateurs phares

a) Les résidents

Les résidents accueillis au Repos Marin ont une moyenne d'âge de 87 ans et 6 mois (chiffres sur la période du 01/01/2019 au 30/07/2019). La proportion de femmes est plus importante avec 71 femmes et 28 hommes.

En 2018, la durée moyenne de séjour, hébergement temporaire compris, était de 189,61 jours. Hors hébergement temporaire, la durée moyenne de séjour était de 266,93 jours.

Quelques indicateurs permettent d'évaluer le niveau de dépendance comme le GMP et le PMP. Le GMP, calculé à partir des GIR des résidents est de 826,6 d'après la CNSA, le GMP moyen en 2016 était de 722 contre 680 en 2006 soit une progression de 10%.

b) Le personnel

Le nombre d'ETP au sein de la résidence est de 63,5 ETP.

En 2018, le nombre d'accidents du travail ayant entraîné ou non des arrêts de travail était de 29. Depuis début 2019, le nombre d'accidents du travail est de 20 dont 15 ayant entraîné des arrêts de travail.

Au total, les différentes absences représentent 15 770,76 heures depuis le 1^{er} janvier 2019 : absences liées à des arrêts maladies, à des accidents du travail, absences autorisées non rémunérées, absences liées à un congé maternité.

B. Pourquoi mettre en place une réorganisation ?

La volonté de conduire un changement organisationnel est la conséquence de plusieurs observations faites par l'arrivée de la nouvelle directrice en mai 2018 et par la direction régionale du groupe Colisée.

Parmi ces observations on retrouve une certaine segmentation des ailes de l'établissement (*Annexe I : plan de l'établissement*) par niveau de dépendance. En effet, les résidents les plus dépendants étaient regroupés dans les ailes E et F, au bout de l'établissement alors que les résidents les moins dépendants étaient regroupés dans les ailes A et B, au-devant de l'établissement. Cette segmentation induisait une prise en soin plus lourde dans les ailes E et F et donc une inégale répartition de la charge de travail entre soignants. En effet, avant

la réorganisation, chaque soignant et chaque ASH était affecté à un service et n'en changeait quasiment jamais. Même si le nombre de soignants était plus important sur ces ailes E et F, ils étaient davantage confrontés à la prise en charge de la douleur et aux fins de vie des résidents. Ces ailes E et F regroupant les personnes alitées et ayant besoin constamment de personnel soignant pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

De cette segmentation, était ressortie également une méconnaissance de l'ensemble des résidents et donc une prise en soins plus compliquée pour un soignant changeant d'aile pour pallier des absences. Absences qui n'étaient pas rares, en effet en 2018, on ne dénombre pas moins de 29 accidents du travail. L'ancienne politique de l'établissement était également de faire des « empilements de CDD » d'un mois ce qui impactait la masse salariale.

Le but premier de cette réorganisation était donc de recentrer le résident au cœur des journées de travail des équipes. Mais également une meilleure répartition des tâches et une meilleure connaissance de chacun des résidents par chacun des soignants et chacun des ASH.

C. Objet de l'enquête et méthodologie utilisée

1. Objet de l'enquête

L'objectif était d'avoir une vision en interne d'un changement organisationnel et de mieux appréhender le vécu de l'ensemble des parties prenantes intégrées dans cette conduite du changement.

Les résultats obtenus et l'analyse réalisée permettront d'avoir une vision permettant de répondre à la problématique posée : « *Quelle réorganisation possible dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD ?* ».

Bien que les réorganisations concernent avant tout la direction et les professionnels, les résidents peuvent être les premiers à ressentir les répercussions positives et/ou négatives que celle-ci peut engendrer. Il m'est donc apparu plus que pertinent d'interroger quelques résidents pour mieux cerner les attentes et besoins des résidents.

De plus, ayant réalisé un contrat d'apprentissage au sein du Repos Marin depuis le 15 octobre 2018, moment au cours duquel la réorganisation était en pleine discussion entre les dirigeants, j'ai pu être observatrice durant cette conduite du changement.

2. Méthodologie

Dans un but de confrontation des lectures bibliographiques avec la réalité du terrain j'ai choisi de réaliser trois outils complémentaires, qui sont un guide d'entretien à destination des cadres et deux questionnaires : un à destination des salariés et un à destination des résidents.

a) Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs étaient à destination des cadres dirigeants de la Résidence, on retrouve parmi eux : le Directeur, l'adjointe de direction, l'infirmière coordinatrice et le chef cuisinier.

Pour formuler les questions constituant la grille d'entretien, je me suis référée aux différentes recherches bibliographiques réalisées et ai élaboré les questions autour des différents thèmes et enjeux abordés dans les parties précédentes.

Dans la grille d'entretien (*Annexe II*) on retrouve principalement les thèmes suivants :

- Le vécu
- L'intérêt
- La perception ressentie des principaux acteurs
- La temporalité
- Les freins et leviers

Les quatre cadres ont participé à ces entretiens semi-directifs, ce qui représente un taux de participation de 100%.

b) Questionnaires

➤ *A destination des professionnels (Annexe III)*

De nombreux professionnels, issus de différents corps de métiers, interviennent auprès des résidents. Pour tenir compte de cette diversité, l'ensemble des professionnels de l'EHPAD ont été interrogés (hormis les cadres), soit :

- Personnel administratif,
- Animatrices,
- Gouvernantes,
- Agent de Service Hôtelier
- Cuisiniers,
- Infirmiers,
- Aides-soignants / aides-médicopsychologiques,
- Psychologue,
- Ergothérapeute.

Il était intéressant voire indispensable de proposer à l'ensemble des professionnels de la structure de pouvoir s'exprimer sur le sujet, la nouvelle organisation concernant l'ensemble de l'équipe du Repos Marin.

Comme pour la formulation des guides d'entretien, j'ai choisi de me référer aux différentes lectures bibliographiques réalisées. Les principaux thèmes et enjeux abordés dans ces questionnaires sont les suivants : l'accompagnement des résidents, la qualité de vie au travail, et la réorganisation.

Concernant le taux de retour, il est de 41% soit 24 répondants sur 58 salariés.

➤ *A destination des résidents (Annexe IV)*

Les questionnaires à destination des résidents avaient pour but de se faire une idée de leur perception de l'organisation de la Résidence, à savoir : leur vision des changements opérés depuis le lancement de la réorganisation, le respect de leurs habitudes de vie et de leurs souhaits et la vision qu'ils ont du travail réalisé au sein de la résidence.

Le questionnaire s'est réalisé en face à face avec une prise de note intégrale des remarques des résidents.

Celui-ci m'est paru indispensable pour connaître le ressenti des résidents interrogés. 5 résidents sur 99 ont pu être interrogés dans le cadre de cette enquête, les résidents interrogés étant ceux ne présentant pas de troubles cognitifs, étant présents dans la structure au moment de la réorganisation et ceux pour qui, ce questionnaire n'induirait pas d'inquiétudes. L'établissement étant, auparavant, réputé pour ses séjours temporaires, a connu en ce début d'année 2019 un taux de rotation important des résidents, ce qui ne m'a pas permis d'interroger davantage de résidents.

Cependant, ayant été au sein de la résidence avant la mise en place de la nouvelle organisation jusqu'à six mois après, j'ai pu observer des situations ou entendre des remarques qui me permettront également de faire un état des lieux de cette réorganisation.

D. Analyse des résultats

L'ensemble des résultats issus du questionnaire à destination des salariés sont détaillés en annexe (*Annexe V*), ainsi que les retranscriptions des entretiens semi-directifs (*Annexe VI*) et que l'ensemble des résultats issus des questionnaires réalisés auprès des résidents (*Annexe VII*).

1. Profil des répondants

Bien que le questionnaire à destination des salariés ait été présenté et proposé à l'ensemble des équipes de la résidence, on peut observer à travers le graphique ci-dessous, que la majorité des répondants sont issus de la profession d'aide-soignant (35%) et d'agent de service hôtelier (48%).

Quelle fonction exercez-vous ?

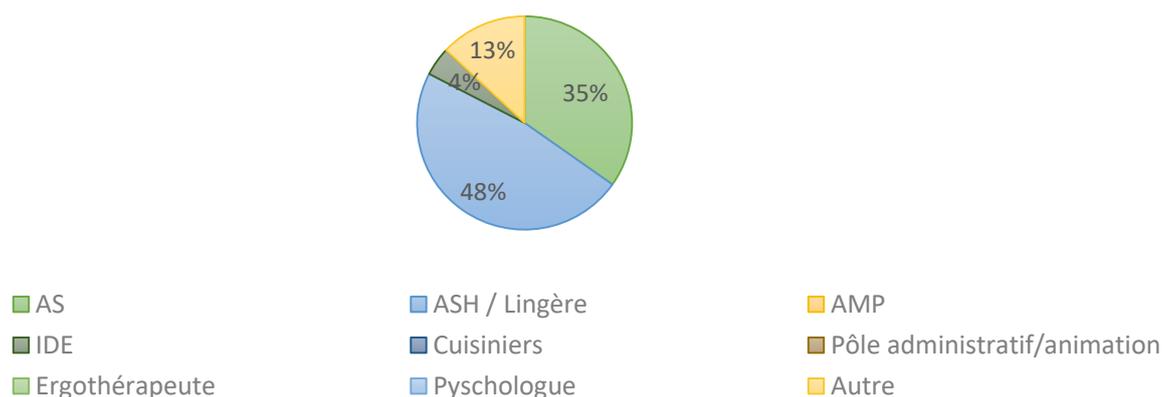


Figure 9 : Répartition des répondants par fonction

La prépondérance de ces deux catégories professionnelles s'explique par le fait que les EHPAD comportent majoritairement du personnel soignant et du personnel hôtelier, il n'est donc pas surprenant de voir apparaître ces taux. De plus, par les observations faites au moment de la préparation de la réorganisation et lors de son initiation, ces deux catégories professionnelles ont été les plus impactées par la conduite de changement mise en place.

La majorité des répondants à cette enquête sont des salariés en Contrat à Durée Indéterminée (CDI*) (74%) contre 26% de Contrat à Durée Déterminée (CDD*). Pour 54% d'entre eux, ils font partie des effectifs de la résidence depuis au moins 1 an et au maximum 5 ans. Cette ancienneté permet, dans le cadre de cette enquête d'avoir des retours objectifs, la majorité des équipes ayant connu l'ancienne organisation et ayant vu se mettre en place la nouvelle.

2. L'accompagnement des résidents

Selon 4% des répondants l'accompagnement des résidents est très satisfaisant, pour 61% des répondants, il est satisfaisant et selon 35% des répondants, il est insatisfaisant. Certains font part d'un « manque de temps », « qu'ils sont livrés à eux même » et qu'il y a « trop d'attente ».

Pour 62% d'entre eux les horaires de travail sont plutôt adaptés aux besoins des résidents. Un répondant a complété sa réponse en indiquant « on est là dès qu'ils se lèvent et on part quand ils se couchent ».

En parallèle des réponses des équipes il est intéressant de voir que les résidents interrogés ont une toute autre vision de leur accompagnement et du travail du personnel de la résidence. En effet, parmi les résidents rencontrés, certains mentionnent :

« Je me couche et je me lève comme je veux. »

A la question « Comment caractérisez-vous le travail du personnel ? », voici les verbatims :

« *Globalement correct, c'est un métier que tout le monde ne peut pas faire, c'est difficile de travailler avec des vieillards, j'applaudis que des gens fassent ce métier. »*

« *Elles font ce qu'elles peuvent, parfois elles sont en retard mais ce n'est pas de leur faute. »*

« *Elles font tout ce qu'elles peuvent et elles prennent le temps de bavarder avec nous. »*

« *Quand elles n'ont pas le temps de terminer une conversation, ce n'est pas grave on la continue le lendemain. »*

Ces verbatims nous montrent que les résidents ont conscience des difficultés que peuvent rencontrer les soignants dans leur profession pour répondre aux besoins et envies de chacun des résidents.

3. La qualité de vie au travail

A la question « Vous êtes motivés à venir travailler au sein de la résidence ? », 20% des répondants ont répondu « oui tout à fait », 50% ont répondu « plutôt oui », 20% ont répondu « plutôt non ».

A la question « Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail ? », 37% ont répondu « oui tout à fait », 46% ont répondu « plutôt oui », une personne, soit 4% a répondu « plutôt non » et 3 personnes, soit 13%, n'ont pas souhaité se prononcer.

Parmi les répondants voici les commentaires émis :

« Les anciens agents se liguent entre eux contre les nouveaux (par peur ? manque de reconnaissance ?) », « Bonne entente », « Cela dépend des équipes »

A la question « La charge de travail est selon vous bien répartie selon les agents ? », 38% ont répondu « plutôt non », 29% ont répondu « non pas du tout » et 25% ont répondu « plutôt oui ».

A la question « Vous trouvez que le travail au sein de la résidence est bien organisé ? », 34% ont répondu « plutôt non », et 29% des répondants ont répondu « non pas du tout » et 29% ont répondu « plutôt oui ».

4. La gestion du changement

74 % des répondants estiment être d'ordinaire favorables au changement. Et pour 33% d'entre eux la réorganisation n'était pas nécessaire pour se recentrer autour du rythme de vie des résidents. Et 37% des répondants estiment que la nouvelle organisation ne s'adapte pas du tout au rythme de vie des résidents. Il est important de souligner qu'aucun des répondants n'estime que cette réorganisation s'adapte au rythme de vie des résidents. De plus d'après 77% des répondants, les résidents ont eu conscience de la réorganisation et mentionnent qu'elle a « chamboulé leur rythme de vie », que « oui et ils regrettent pour certaine l'ancienne organisation ».

Lors des entretiens avec certains des résidents, j'ai pu apercevoir que les changements observés n'étaient pas des changements organisationnels mais plutôt en termes d'équipements et de rénovations. En effet, à la question « Depuis votre arrivée avez-vous pu apercevoir des changements dans la résidence ? », la réponse formulée a été : « Oui des travaux de peinture et l'installation des rails de transfert ». La perception du changement n'a donc pas été la même pour les salariés et les résidents. Il est également intéressant de s'intéresser au point de vue des différents cadres.

5. Le point de vue managérial sur le vécu de la réorganisation et son adhésion

D'après les propos recueillis, il s'avère que les avis sont partagés quant au vécu de la réorganisation. Les deux cadres ayant participé activement au processus de conduite du

changement évoquent l'avoir mal vécu. En effet, à la question « Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ? », leurs propos ont été les suivants :

« Plutôt mal, avec les changements de direction. La première direction n'était pas dans la dynamique. La réorganisation a été initiée avec une directrice, puis a été laissée tombée pendant 6 mois et a ensuite été mise en place par une nouvelle direction en 2 mois. La réorganisation a été mise en place avec la directrice d'une autre structure et une directrice par intérim. La réunion avec les équipes avait eu lieu 6 mois avant, donc ça a été discontinu »

« Très mal, ça a été très violent, j'ai été mise sur le fait accompli, j'ai dû préparer toute l'organisation des ASH en 1 semaine : planning, fiches de tâches, l'organisation complète avec l'aide de la Directrice par intérim. Une semaine après nous avons présenté aux équipes un rétroplanning de la réorganisation, ça été assez compliqué je comprenais tout juste le nouveau fonctionnement qu'on devait mettre en place pour les équipes. Je ne croyais pas forcément à cette réorganisation, car cette réorganisation a été orchestré par une directrice d'un autre ehpad. »

Ces propos révèlent surtout une discontinuité dans la mise en place de cette conduite de changement et une certaine perte de repère des interlocuteurs privilégiés qui est liée aux successions de directeurs ayant contribué de près ou de loin à ce projet de réorganisation. De plus, l'ancienneté dans le poste de cadre a pu également influencer ce vécu de la réorganisation. Réflexion qui a été faite lors de plusieurs ESD :

« Là on a donné beaucoup de responsabilités à des personnes qui étaient très peu sur le terrain et même en poste depuis peu et ça a été compliqué à gérer pour eux, ce que je comprends tout à fait. »

Pour rappel, la réorganisation a été le cœur des discussions entre le CODIR depuis le mois de mai 2018 et a été présentée aux équipes en décembre 2018 pour une mise en place au 7 janvier 2019.

Dans les ESD, une question portait sur la définition de la réorganisation dans le temps, les différents éléments de réponse ont portés sur le fait que la réorganisation ait été longue à se décider en termes de prise de décision mais qu'une fois les grandes lignes définies il a fallu vite la mettre en place.

« Elle a été définie en termes d'objectifs en 1 mois. Il y a eu un retro planning imposé. »

Une autre question portait sur la temporalité de la réorganisation, à savoir « selon vous, la réorganisation est-elle terminée ? »

L'ensemble des membres du CODIR sont conscients que la réorganisation n'est pas terminée et qu'il faudra au moins un an pour que la nouvelle organisation soit stabilisée. Un des cadres évoque également les futurs travaux qui auront lieu dans la structure pour

améliorer les conditions de travail des équipes mais qu'ils induiront, à nouveau, de changer certains protocoles et donc amener des changements des fiches de poste.

6. Les freins et les leviers de la réorganisation

Les freins et leviers sont une composante à ne pas négliger pour conduire au mieux un changement d'organisation. D'un point de vue managérial les freins ont été soulevés lors de la question suivante : « D'après-vous, quels ont été les freins à la réorganisation ? », voici les verbatims retenus :

« J'ai été nommé adjointe en même temps que la réorganisation et du coup je n'ai pas pu me concentrer sur la réorganisation correctement ».

Ce verbatim appuie également les propos précédents. De plus, d'autres éléments ont été soulevés :

« On a voulu écouter tout le monde et quand on fait un remaniement on ne peut pas écouter tout le monde. »

« Le manque de communication peut être. La forte identité parce que c'est un établissement ancien avec des équipes qui sont anciennes et qui ont donc une forte identité et puis le bouleversement en termes de directoire, on a quand même vécu dans l'espace d'un an, 4 directions différentes. »

« Le contexte de l'équipe de direction, les changements de direction. Les habitudes ancrées, le changement d'habitude a été difficile et la gestion du quotidien en plus de la gestion de la réorganisation, il y a eu pleins de ratés. »

Ces différents verbatims relevés lors des entretiens semi-directifs révèlent trois freins importants dans cette conduite du changement :

- Le manque de communication qu'il y a pu avoir entre les équipes et le manque de communication auprès des familles.
- La forte identité des équipes et leurs habitudes ancrées : 20,8% des répondants font partie du Repos Marin depuis plus de 10 ans, la culture et l'identité de ces salariés peuvent se révéler être importantes.
- L'instabilité de la Direction avant la mise en place de la réorganisation.

Les leviers, ont été mentionnés dans les verbatims suivants :

« Il y a eu beaucoup d'écoute par les cadres, ils ont su être patients. Les encadrants étaient proches pour être à l'écoute et faire valoir ce qu'ils voulaient mettre en place ».

« Le soutien de mon équipe soignante qui venait me soutenir et me demander comment ça allait. L'entente avec l'équipe de Direction et l'envie de bien faire et de répondre aux attentes ».

« Je reste convaincu que c'est la communication, se rapprocher des équipes. Il faut savoir où l'on va. Une direction si elle impose quelque chose sans savoir pourquoi, le collaborateur ne va pas comprendre. [...] Et ensuite les valoriser, rechercher les éléments clés dans l'organisation. Montrer les vrais succès de cette réorganisation, il faut que nous-même on soit convaincu de ce qu'on a mis en place et mettre les choses en avant. [...] Le fait qu'il y ait une bonne entente aussi, ça c'est sûr, de toutes façons vous savez, si vous n'avez pas ces 4 cadres-là qui s'entendent bien c'est compliqué : MEDEC, IDEC, Chef Gérant cuisinier, direction et adjoint si ça passe mal c'est compliqué Je pense aussi que c'est un bon levier. »

D'après les cadres interviewés, les principaux leviers sont :

- La bonne entente entre l'équipe de CODIR
- L'écoute des cadres et leur patience
- La valorisation des équipes

Le directeur évoque également la communication comme un levier essentiel d'une conduite de changement, principal élément repris aussi par les équipes.

Le questionnaire à destination des salariés portait également une question sur les facteurs favorisant le changement d'une organisation. Il en ressort, que pour 71,4% des salariés la communication est un des principaux facteurs dans une conduite du changement, vient ensuite l'accompagnement (61,9%) puis la participation et la formation (47,6%) (Les taux dépassent les 100% à cette question plusieurs réponses étant possible).

7. L'objectif ayant conduit à la réorganisation est-il-atteint ?

Pour rappel, la réorganisation avait pour but de recentrer les résidents au cœur de l'organisation des journées de travail et une meilleure connaissance des résidents par l'ensemble des équipes.

Dans le questionnaire à destination des salariés une question était : « La réorganisation vous-a-t-elle permis une meilleure connaissance de l'ensemble des résidents ? ». Sur 22 répondants, 43% estiment que la réorganisation a permis une meilleure connaissance des résidents et 57% des répondants estiment qu'elle n'a pas permis une meilleure connaissance des résidents.

Néanmoins, d'autres questions portaient sur l'impact et les points positifs de la réorganisation. Les réponses à ces questions ont porté sur la connaissance des résidents, ce qui reste contradictoire avec les réponses obtenues à la question précédente. Dans ces questions on retrouve : « Pour vous quel a été l'impact du changement d'aile dans

l'organisation de vos cycles de travail ? ». Pour 59% des répondants, c'est une meilleure connaissance des résidents qui en ressort, pour 29% c'est la meilleure connaissance de ses collègues qui en ressort, puis une meilleure entente entre collègues avec 12%.

De plus, une question ouverte était posée à la fin du questionnaire : « Quels sont les points positifs de la réorganisation ? ». Parmi les 14 réponses obtenues, 9 réponses ont été tournées vers la meilleure connaissance de la structure, des différentes postes et donc des résidents.

Exemple de propos recueillis : « Une bonne connaissance du résident, une meilleure adaptation au changement de poste », « L'ensemble du personnel connaît l'ensemble des résidents », « Meilleure connaissance des résidents ».

Une autre question ouverte portait sur les points négatifs de la réorganisation, la plupart des propos recueillis font état d'un manque de temps et d'une mauvaise gestion de celui-ci pour accomplir les tâches confiées, certains propos font état d'une désorientation des résidents et de moins de temps passé avec eux.

Les membres du CODIR, ont également été interrogés à ce sujet : « Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ? », voici les verbatims retenus :

« Les filles se sont centrées sur leurs problématiques personnelles et organisationnelles. Selon elles il y avait plus de suivi personnalisé avant vu que maintenant elles changent d'ailes. ».

IV. Les préconisations d'une conduite de changement maîtrisée

On pourrait comparer la conduite du changement à une certaine innovation dans l'organisation du travail existante. Comme le souligne Dominique Genelot « l'innovation se joue à trois niveaux en interaction : celui des produits et des services, celui des technologies et des méthodes, celui des découvertes scientifiques et des évolutions de la pensée. Une innovation à l'un des niveaux entraîne des nouveautés aux autres niveaux ». Le changement d'une organisation en EHPAD implique une innovation dans les services proposés, dans les technologies et méthodes mises à disposition comme par exemple la mise à disposition d'outils facilitant les transferts des résidents et les formations proposées pour améliorer la prise en soins des personnes accueillies. Dominique Genelot souligne également que « l'entreprise doit savoir créer un climat propice à l'éclosion de ces idées novatrices, les responsables doivent savoir les susciter en organisant le croisement des idées, le décloisonnement des spécialités, l'ouverture sur l'extérieur et la réflexion prospective. La production d'idées nouvelles ne suffit pas. Il faut aussi savoir les accueillir, les encourager, les faire grandir et les accompagner dans leurs premiers pas pour leur donner toute la vigueur qui leur permettra de trouver leur place et leur utilité dans l'environnement. Deux dispositions concourent à la réussite d'un processus d'innovation, la capacité à produire des idées nouvelles et la capacité à les transférer en succès. La première suppose de savoir créer un climat de mobilité mentale et la seconde tient à la variété et à la souplesse des méthodes de management. ». [82]

Le changement d'une organisation tout comme le management de l'innovation se manifestent par une volonté d'amélioration continue de l'existant et par le fait de repenser les systèmes existants. Ainsi, est soulignée l'importance de l'environnement autour d'un changement, innover passe par une certaine communication, une mise à disposition des moyens nécessaires, etc.

A. Le rôle de la direction et des managers de proximité

La réorganisation de la résidence m'a permis de prendre conscience des rôles des cadres durant une conduite du changement. Pour qu'une conduite du changement soit maîtrisée il est essentiel que le directeur et les cadres impulsent et accompagnent les équipes dans la mise en place de la nouvelle organisation du travail. En effet, une conduite du changement peut être difficile à faire entendre pour les équipes lorsqu'elles ne savent pas quel sera le

but final de celle-ci et tant qu'elles ne connaissent pas leur devenir au sein de l'organisation. Pour que les équipes s'approprient au mieux le changement, il reste donc important qu'elles en connaissent les tenants et les aboutissants tout en les laissant être forces de proposition et en les accompagnant dans cette démarche.

La direction reste le premier décisionnaire dans la mise en place d'une nouvelle organisation, en effet, il va, avec le support de sa direction régionale (pour les groupes), impulser la mise en place de ces changements à l'aide d'une analyse des moyens à disposition et ceux à mettre en œuvre. Par moyens, il s'agit de convenir quels vont être les moyens humains, matériels et financiers nécessaires pour pouvoir mener à bien la conduite du changement. L'anticipation de ces besoins permettrait d'éviter de ralentir la mise en place de l'organisation.

1. Les moyens humains, matériels et financiers

En termes de moyens humains, il s'agit là de faire comprendre aux équipes les impacts de la réorganisation sur les effectifs. En effet, ce vocable n'étant pas toujours connu des équipes, il faudra pouvoir être clair sur les termes d'ETP, d'effectifs et de nombre de personnes présentes physiquement sur l'établissement. De nombreuses confusions peuvent être faites et une mauvaise compréhension de termes peut entraîner une inquiétude supplémentaire liée à leur devenir au sein de l'organisation.

Les moyens humains prennent aussi en compte l'élaboration de fiches de postes, qui doivent s'approcher au plus près de la réalité du terrain afin que les différents agents puissent être opérationnels à n'importe quel poste confié. Revoir les fiches de postes est une tâche complexe, qui mérite une attention particulière de la part des cadres de proximité et/ou des services des ressources humaines. En effet, lors de l'embauche d'un salarié et de la signature du contrat, une fiche de poste est remise, le salarié peut être réfractaire quant à l'idée de revoir les tâches attribuées.

Les moyens humains vont aussi englober la formation des professionnels et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC*) qui seront des outils essentiels pour développer les pratiques professionnelles des équipes et qui représentera aussi un vecteur de motivation.

Dans les moyens matériels, on entend ici tout ce qui va être nécessaire dans la mise en œuvre de la nouvelle organisation. On ne pourrait imposer un nouveau fonctionnement sans mettre à disposition les éléments pouvant parvenir à sa réussite.

Les moyens financiers sont étroitement liés aux moyens humains et matériels mis à disposition. De plus, les moyens financiers vont prendre en compte les différentes primes qu'une direction va octroyer à ses équipes, qui représentera aussi un vecteur de motivation.

Les managers de proximité vont être les premiers à avoir les retours du terrain des équipes pour connaître les besoins. En effet, le rôle de manager de proximité qu'ont les cadres tels que l'IDEC, l'adjointe de direction et le chef de cuisine est également à prendre en considération. Ils représentent des personnes repères pour les équipes car ils sont l'intermédiaire entre la Direction et les équipes. Ce sont eux qui vont permettre la mise en place de la future organisation car ils seront les premiers à s'approprier le projet et à le transmettre aux équipes.

2. Les managers de proximité

Leur rôle est tout autant important, comme précisé en amont, ils doivent pouvoir gérer une conduite du changement et la gestion des tâches quotidiennes, il se doivent de maintenir le niveau de prise en soins et le niveau des prestations fournies tout en mettant en place la nouvelle organisation. Par exemple, lors des réflexions sur la mise en place d'une nouvelle organisation du travail, des nouvelles fiches de postes avec de nouveaux horaires de travail sont parfois à créer mais il faut réussir, en sus, à gérer le quotidien.

Il va être nécessaire, pour les membres du CODIR de garder un certain équilibre entre le quotidien et les actions stratégiques, définies par la direction, à mettre en œuvre. Cet équilibre va se construire autour d'une définition précise de l'objectif et du rôle de chacun dans ce processus de changement. Les managers de proximité vont mettre en œuvre la stratégie déterminée par la direction en accompagnant les équipes et en faisant des retours à la direction. La présence des cadres de proximité sur le terrain et la mise en place de réunions tout au long de la conduite du changement permettront d'accompagner au mieux les équipes dans le changement qui peut, parfois rester difficile à appréhender pour les équipes.

3. Adopter un management selon le contexte et le profil des agents

Il n'existe pas « un bon style de management », ni de management parfait et adapté à une situation en particulier. Dans un changement organisationnel la participation des équipes est souvent recherchée pour qu'elles adhèrent mieux à cette conduite du changement, or cela n'est pas toujours possible selon l'identité et l'histoire de l'établissement. Les établissements et équipes ayant une forte identité seront beaucoup moins enclins à

participer à une conduite du changement qui, selon eux, n'était pas nécessaire. Lorsque les situations le permettent, le management participatif reste donc un des piliers du management à mettre en œuvre dans une conduite du changement.

Le management situationnel est un management beaucoup plus adaptable et flexible, qui saura davantage s'appliquer à un changement organisationnel. Il s'agit là, pour le manager de repérer dans les équipes les attitudes, les compétences et les limites de chacun pour pouvoir y répondre par un management adapté : délégatif, persuasif, participatif ou directif. Il permettra également de révéler les acteurs impliqués dans la conduite du changement et qui représentent des éléments moteurs pour mettre en place une nouvelle organisation pour, par la suite, mettre en œuvre des projets au sein de l'organisation.

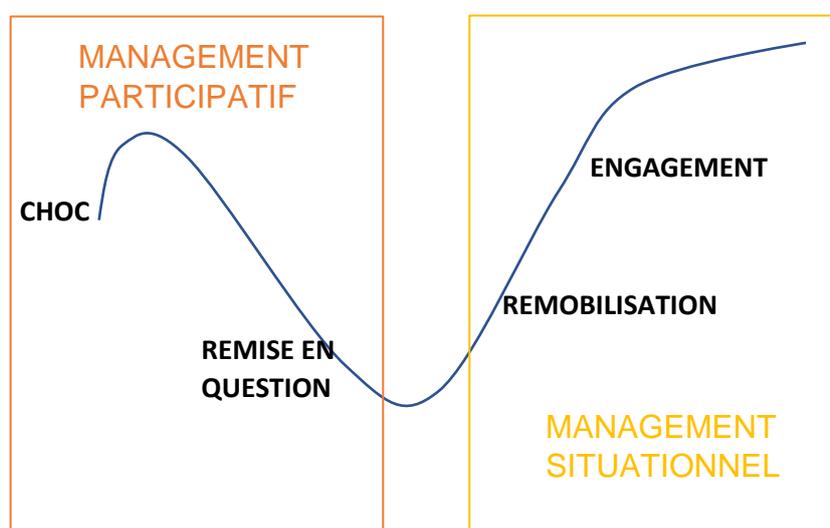


Figure 10 : Courbe d'adaptation possible des managements selon les phases du changement

Le schéma ci-dessus paraît être une adaptation possible des phases d'assimilation du changement et de la courbe du deuil modélisée par Elisabeth Kübler-Roos lié aux différents managements applicables lors d'une conduite du changement. En effet, le management participatif pourrait être appliqué aux premières étapes du processus du changement, c'est-à-dire lors du choc et de la remise en question. En effet, l'utilisation du management participatif aura comme principal intérêt d'impliquer les équipes dans la démarche pour une meilleure acceptation du projet pour ensuite arriver à la remobilisation des équipes. Pour la remobilisation des équipes et l'engagement, il serait pertinent de mettre en place un management situationnel qui permettra de s'adapter aux individus dans cette conduite du changement. Le management situationnel permettrait de s'adapter aux différents profils et ainsi déceler ceux qui y sont encore réticents afin de les accompagner pour une progressive acceptation du changement opéré et également de repérer ceux qui souhaitent s'impliquer de façon pérenne dans le projet. De plus, la révélation de profils ayant un certain intérêt

pour la conduite du changement permettrait de leur donner le « rôle de porte-parole » et favoriserait l'acceptation de la conduite du changement parmi les équipes.

B. Impliquer les équipes pour une meilleure acceptation et mesurer les axes d'accompagnement

Les équipes restent le facteur clé lors de l'élaboration d'une conduite du changement. La première étape va donc être d'impliquer l'ensemble de l'équipe dans cette expérience.

1. L'implication des équipes

Un des éléments facilitateurs du changement serait d'impliquer les équipes face à la situation à changer. Ainsi les équipes pourront s'exprimer et participer aux éléments à mettre en œuvre pour se rapprocher du futur état organisationnel souhaité. Faire participer activement les équipes sur la réflexion de la conduite du changement vers laquelle s'orienter, permettra de les impliquer davantage.

L'implication des équipes passe par l'élaboration de groupes de travail afin de déterminer les points positifs existants et ceux à améliorer pour assurer une prise en soins optimale des personnes accueillies en EHPAD. Les équipes étant constamment sur le terrain sont des ressources indispensables pour faire un état des lieux de l'organisation du travail. Leur vision de leur profession et des missions réalisées permet de s'approcher au plus près des conditions de travail et des axes vers lesquels il conviendrait de s'orienter.

L'élaboration de groupes de travail, constitués d'une personne ressource et d'une équipe d'acteurs en faveur du changement pour travailler sur le sujet, permettrait d'être au plus près des besoins réels du terrain. La personne ressource serait intégrée aux différentes réunions avec les membres du CODIR afin de faire part des difficultés du terrain, de faire part des problématiques soulevées en groupes de travail et permettrait ainsi que les autres membres de l'équipe soient représentés. Malgré cette intégration des équipes dans la conduite du changement certains acteurs peuvent rester résistants face au changement. Il est néanmoins indispensable de ne pas les écarter et au contraire de favoriser une communication positive avec ces agents pour connaître et comprendre les raisons de cette résistance.

De plus, il est nécessaire d'accompagner les équipes face au changement, car il implique de modifier certains comportements ancrés et parfois de développer de nouvelles

compétences. Le développement de nouvelles compétences va se faire par des formations adaptées, par la mise en œuvre de procédures détaillées permettant aux équipes de se retrouver dans les tâches à effectuer et par un accompagnement par les managers de proximité.

Il est tout aussi important de redonner la place de chacun dans la mise en place d'une nouvelle organisation, en resituant les missions et rôles de chacun et plus particulièrement des cadres. Cette définition claire des référents de chacune des professions permettra aux équipes de n'avoir qu'un seul interlocuteur et d'éviter certains glissements de tâches tout en valorisant l'entraide et la cohésion entre collègues.

2. Encourager le travail d'équipe, le partage de connaissances entre collègues et développer une certaine mobilité des agents

Le développement de la mobilité des agents, l'encouragement ainsi que le partage des connaissances permettraient de mener une conduite du changement pérenne.

Le partage de connaissances et la mobilité des agents passent tout d'abord par une connaissance du travail de chaque agent dans l'établissement. Chercher à développer la mobilité des agents dans les services était un des objectifs majeurs de la réorganisation à laquelle j'ai pu participer. Ce changement de service pour les agents avait pour objectif que chacun des salariés soit apte à changer de poste et de service en cas de besoin avec, de plus, une connaissance de l'ensemble des résidents de la structure. De plus, le changement de poste et de secteur dans un EHPAD peut permettre de casser des routines qui seraient contre productives face à la mise en place d'une nouvelle organisation. Ce changement dans le quotidien des salariés avait également pour but une meilleure connaissance de ses collègues ainsi que des partages de connaissances.

La fréquence de changement d'aile et de poste se doivent d'être réfléchis, et si elles représentent un avantage managérial (pour effectuer des remplacements en cas d'absentéisme et pour favoriser le partage des bonnes pratiques professionnelles), il reste nécessaire de mesurer l'impact que peuvent avoir ces changements quotidiens sur les résidents.

Le partage de connaissances entre collègues est un facteur de réussite dans la bonne réalisation des missions confiées et pour une bonne prise en soins des personnes accueillies en EHPAD. La formation de groupes de travail entre équipes professionnelles et avec le manager de proximité pourrait permettre aux équipes de se donner des astuces et

techniques afin de réaliser au mieux les tâches confiées. Par exemple ces groupes de travail pourraient se formaliser par le biais d'audits des chambres pour les ASH, audits qui permettraient de réunir l'équipe dans une chambre et de faire un constat des éléments bien réalisés et ceux à améliorer, ces échanges favorisent le renforcement d'une culture d'entreprise et une certaine cohésion d'équipe. Ces audits ayant pour but de valoriser le travail réalisé et de les aider à améliorer leurs pratiques mais aussi de repérer les agents qui pourraient se sentir en difficulté afin de les accompagner et de les aider. Par ailleurs, il faut bien faire comprendre aux équipes que ce type d'audit n'est en aucun cas pour dévaloriser et sanctionner leur travail mais qu'ils sont réalisés dans un but d'amélioration des prestations fournies.

Le partage des pratiques professionnelles peut également passer par la formation de binômes dans l'élaboration de certaines tâches, ce qui permettrait aussi de renforcer la solidarité et la connaissance de ses collègues de travail.

La mise en place d'une conduite du changement va favoriser la mise en place de cette nouvelle identité des équipes. L'encouragement passera par la valorisation du travail des agents et la construction d'une identité et de valeurs communes au sein de la structure. Par ailleurs, la détermination d'une identité commune va permettre de donner un sens au travail réalisé par les équipes. La mise en avant des valeurs communes et d'une identité ne pourrait se mettre en place sans une bonne communication dans les équipes et avec les managers.

C. Communiquer : le maître-mot des changements organisationnels

Aucun changement ne peut être mis en place sans avoir au préalable motivé les équipes. Cette motivation passera inévitablement par une communication positive du futur projet à mettre en œuvre. Celle-ci permettra aux équipes de comprendre les fondements et causes qui ont conduit à mettre en place ce changement d'organisation.

Suite aux différents groupes de travail et réunions qui auront pu être mis en place, les décisions prises devront être présentées aux différents acteurs qu'ils soient actifs ou passifs. Dans la mise en place d'une nouvelle organisation la communication devra être faite auprès des équipes mais également auprès des résidents et familles. Cette communication aux différents acteurs permettra de faire admettre que la conduite du changement est un processus naturel dans tout type d'organisation et qu'il est nécessaire pour garantir une prise en soins optimale des résidents mais également pour garantir une certaine qualité de vie au travail pour les agents.

Pour une communication efficace, la direction se doit d'être transparente sur les différents objectifs et les attentes sans négliger les difficultés qui pourront être rencontrées tout au long de ce processus. La direction devra se tenir informée des difficultés des salariés, et être à l'écoute.

La communication reste le premier outil qui permettra de conduire un changement serein, elle permettra d'instaurer un dialogue entre les agents, les managers de proximité et la direction. C'est à travers la communication que les agents expriment le sens qu'ils souhaitent donner à leurs actions en confrontant les différents points de vue.

En application de la courbe du deuil et des phases d'assimilation du changement démontré par Elisabeth Kübler-Roos, la communication va également s'adapter selon l'avancée du changement. En effet, lors des deux premières phases du changement, qui sont le choc et la remise en question, la communication s'axerait sur un processus de transmission d'informations, par l'explication de la conduite du changement et des résultats souhaités et ainsi éviter les interprétations négatives du futur projet. Viendrait ensuite la phase de la remobilisation où la communication serait axée sur le partage et l'échange d'idées, les équipes acceptant le nouveau projet, et étant enclines à participer activement au processus de changement. La dernière étape, l'engagement, s'accompagnerait d'une communication permettant de discuter de l'avancement et des problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de la nouvelle organisation. De plus, la communication serait étroitement liée au management appliqué. Qu'il corresponde à un management participatif ou situationnel, la communication devrait être adaptée aux différentes phases et aux différents interlocuteurs. La communication pourrait finalement être un outil de management et faire partie intégrante dans la mise en œuvre d'une conduite de changement.

Dans le cadre d'une conduite du changement en EHPAD, la communication devra également se faire avec les résidents et les familles qui restent, avec les équipes, les principaux acteurs impactés par les changements mis en place.

D. L'implication des résidents et des familles

Dans la conduite du changement organisationnel en EHPAD, les premières répercussions, qu'elles soient positives ou négatives, vont être subies par les résidents, qui sont au centre des journées de travail. C'est pourquoi une communication doit être faite auprès des résidents et de leurs familles. Cette communication dès le début du projet permettra de leur

expliquer ce qui a motivé ce changement dans l'organisation, comment ce changement va se conduire et sur quelle période. L'implication des familles et des résidents, au même titre que celle des équipes leur permettra de mieux appréhender la démarche de changement entreprise et de faciliter les échanges positifs autour de cette réorganisation. Cette implication peut se faire au travers du conseil de vie sociale qui se doit d'être réalisé au minimum trois fois dans l'année. Ces échanges avec les représentants des familles et les représentants des résidents permettraient d'inclure l'ensemble des usagers dans cette démarche du changement.

En effet, la loi 2002-2 a donné une place importante aux résidents et aux familles en les mettant au cœur du dispositif du projet d'accompagnement personnalisé. Le CVS, a été instauré par la loi 2002-2 et représente l'un des sept outils permettant l'exercice des droits fondamentaux de la personne accueillie. Droits fondamentaux qui impliquent de donner une place centrale aux résidents et aux familles dans la vie sociale de l'établissement. Au-delà des obligations réglementaires, différentes approches mettent le résident au cœur de son projet de soins en prenant en compte son histoire de vie et ses attentes, comme détaillé dans la partie déclinant la personnalisation de l'accompagnement.

Associer les usagers dans les projets de l'établissement permet de les rendre acteurs et leur permet de préserver leur place de citoyen. La prise en compte des besoins de chacune des personnes accueillies, peut néanmoins rester difficile dans une organisation où se mêlent travail et lieu de vie. S'approcher le plus possible des attentes et besoins des résidents doit rester un des éléments fondateurs d'une organisation du travail en EHPAD. L'élaboration des projets d'accompagnement va en être un des piliers, c'est par le biais de la connaissance de chacun des résidents que lors de la constitution des groupes de travail, les équipes pourront déterminer quels sont les éléments à améliorer dans la prise en soin pour tendre vers une qualité optimale.

La connaissance de ces projets d'accompagnement personnalisé doit inclure l'ensemble du personnel d'un établissement d'un EHPAD, cette connaissance doit également s'alimenter autour des actes réalisés auprès des résidents au quotidien, par exemple lors de la toilette, lors du bionettoyage des chambres, etc.

La communication auprès des familles et des résidents permettra, aussi, d'anticiper certains manquements qui pourraient apparaître au début de la mise en place de la nouvelle organisation et ainsi éviter que des mécontentements se transforment en situations conflictuelles. Il serait donc préconisé, au préalable de réaliser des réunions avec les

familles et résidents afin de présenter le futur projet et ainsi soulever des points qui leur paraissent être des axes d'amélioration. En outre, la réalisation de réunions de suivi du projet permettrait de faire valoir les différents bienfaits et les différentes améliorations qu'ont conduit les changements opérés.

E. Soutenir et évaluer les changements opérés

La dernière phase d'une conduite du changement va être de mener une évaluation de la nouvelle organisation mise en place. Néanmoins ces évaluations et cette valorisation des succès se doivent d'être réalisées tout au long du processus afin de pouvoir motiver les équipes à continuer les efforts fournis pour atteindre les objectifs fixés.

Une bonne prise en soin de nos aînés en EHPAD ne saurait être correctement réalisée sans une remise en question des pratiques professionnelles de chacun. La réalisation d'enquête de pratiques professionnelles pourrait être un des leviers pour évaluer la qualité de la prise en soin et formuler des axes d'amélioration. Le travail réalisé par les agents en EHPAD peut se révéler difficile par l'augmentation de la dépendance et donc de la prise en soins et par la confrontation à la douleur et à la fin de vie. Afin d'accompagner au mieux les équipes dans leur travail, il est important de former les équipes aux différentes évolutions de la dépendance des personnes âgées mais aussi aux différentes approches non médicamenteuses à mettre en place, telles que la méthode Montessori, les espaces snoezelen, etc.

La réalisation des audits explicités dans le paragraphe B, représente aussi un levier à actionner pour l'évaluation des pratiques professionnelles dans un but d'amélioration des prestations fournies.

Toutes ces évaluations des pratiques professionnelles doivent être expliquées aux équipes pour qu'elles ne se sentent pas jugées mais plutôt accompagnées pour développer leurs compétences et garantir une bonne prise en soins des résidents.

Cette étape, est l'occasion, par le biais de la communication, qui reste le meilleur vecteur, d'être transparent sur les résultats obtenus, de féliciter les équipes et de rendre compte du travail fourni.

CONCLUSION

Le secteur des EHPAD n'a cessé d'évoluer et de se reconstruire ces dernières années au travers de différentes lois telles que les loi 2002-2 et loi ASV, au travers de l'évolution des différentes prises en soins possibles avec le développement des nouvelles technologies par le biais de la télémédecine et l'essor de thérapies non médicamenteuses. Cette modification du secteur est une conséquence de la prolongation de l'espérance de vie et de l'augmentation de la dépendance, qui est, de plus en plus élevée lors de l'entrée des personnes âgées en institution. La prise en soin des personnes âgées dépendantes en EHPAD reste le fruit d'un travail d'une équipe pluridisciplinaire, qui doit faire face à l'accroissement des prises en soins, qui s'avèrent être de plus en plus lourdes.

Ces différentes évolutions invitent les gestionnaires d'EHPAD à déployer des changements organisationnels pour pouvoir adapter l'offre au plus proche des besoins des usagers et tout en préservant une qualité de vie au travail optimale. Changer les manières de travailler et les habitudes des agents, peut s'avérer compliqué dans des organisations où une forte identité peut s'être ancrée. Quel que soit le changement impulsé, celui-ci nécessite un long et patient travail de la part de la direction et des cadres de proximité mais aussi une collaboration entre les différentes parties prenantes d'un EHPAD (résidents, familles et salariés).

Les changements organisationnels se décomposent en plusieurs étapes parmi lesquelles on retrouve le constat d'une situation actuelle à faire évoluer ou à changer, la définition du ou des objectif(s) à atteindre, l'implication des équipes dans la phase de préparation, la mise en œuvre du changement et l'évaluation du changement mis en place. Ces différentes phases ne sauraient être pleinement accomplies sans une communication efficiente et sans des managers impliqués et convaincus par le projet mis en place. En effet, la communication reste le premier vecteur dans une conduite du changement réussie, elle permettra de désamorcer des situations qui pourraient freiner sa mise en œuvre.

Les besoins évolutifs en termes de soins amènent le secteur à se questionner continuellement sur les possibles solutions d'accompagnement au regard de l'évolution de la dépendance et de la présence fréquente de polyopathie chez les personnes âgées. L'adaptation des organisations en EHPAD et surtout l'organisation des différentes prises en soins possibles (comme par exemple l'EHPAD à domicile) continueront à évoluer au même rythme que l'évolution de l'espérance de vie et des aides à apporter à la perte d'autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] INSEE. *Tableau de l'économie française*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488> >
- [2] INSEE. *Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. La population continue de croître et le vieillissement se poursuit*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826> >
- [3] PERRIG-CHIELLO PASQUALINA. *Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition*. *Retraite et société*, vol. n° 34, no. 3, 2001, pp. 69-87.
- [4] LAROUSSE. *Définition de la vieillesse*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921> >
- [5] DR MIAS LUCIEN. *Le vieillissement physiologique ou sénescence*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://papidoc.chic-cm.fr/580VieilliPhysio.pdf> >
- [6] LAROUSSE. *Définition de la dépendance*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pendance/23742> >
- [7] LA DOCUMENTATION FRANCAISE. *Chronologie*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/dependance-personnes-agees/chronologie.shtml> >
- [8] ENNUYER BERNARD. « *Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse* », *Le sociographe*, vol. hors-série 6, no. 5, 2013, pp. 139-157.
- [9] FONDATION MEDERIC ALZHEIMER. *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa> >
- [10] MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE. *Concertation grand âge et autonomie*. [En ligne]. Disponible sur : < https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf >
- [11] ESSENTIEL AUTONOMIE. *Comment évaluer la perte d'autonomie avec la grille AGGIR ?* [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.essentiel-autonomie.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/comment-evaluer-perse-autonomie-avec-grille-aggir> >
- [12] MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE. *Concertation grand âge et autonomie*. [En ligne]. Disponible sur : < https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf >
- [13] L'OBSERVATOIRE DES SENIORS. *Les grands seniors représentent 9% de la population française*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://observatoire-des-seniors.com/les-grands-seniors-representent-9-de-la-population-francaise/> >
- [14] LEGIFRANCE. *Etablissement et services sociaux et médico-sociaux, Art L312-1*. [En ligne]. Disponible sur : <

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=8352ED470D3F90030212D88067489BDE_tplgfr31s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006174436&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20151230 >

[15] BRAMI GERARD. « *Les paradoxes de l'évolution des ehpad* », *Empan*, vol. 91, no. 3, 2013, pp. 56-61.

[16] LEGIFRANCE. *Loi n°75-535 du 30 juin 1975*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?idSectionTA=LEGISCTA000006103117&cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=19860107> >

[17] ACTION SOCIALE. *La loi 2002-2 dans le social*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://metiers.action-sociale.org/pratiques/loi-2002-medico-social> >

[18] SENAT. *Construire le cinquième risque : le rapport d'étape*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-144.html> >

[19] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Loi HPST*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires> >

[20] POUR LES PERSONNES AGEES.GOUV. *La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. **[En ligne]**. Disponible sur : « <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement> >

[21] LA REVUE DE GERIATRIE. *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014*. **[En ligne]**. Disponible sur : < http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2015_40_529-538.pdf >

[22] EHPAD. *Un portrait des EHPAD dans l'air du temps*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.ehpa.fr/actualite/un-portrait-des-ehpad-dans-lair-du-temps/> >

[23] DELOUETTE ILONA, NIRELLO LAURA. « *Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34, no. 7, 2016, pp. 387-408.

[24] DREES. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf> >

[25] FINANCES CONSEIL. *EHPAD, convention tripartite et tarification*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.finances-conseil.fr/dossiers-conseil/d/26> >

[26] LE FIGARO. *Sécurité sociale : qu'est-ce que le « cinquième risque » évoqué par Emmanuel Macron ?* **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.lefigaro.fr/social/2018/04/16/20011-20180416ARTFIG00110-securite-sociale-qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque-evoque-par-emmanuel-macron.php> >

[27] GAZETTE SANTE SOCIAL. *10 questions sur le financement des EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.gazette-sante-social.fr/6028/10-questions-sur-le-financement-des-ehpad-2> >

- [28] CAPGERIS. *La convention tripartite en EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.capgeris.com/actualite-349/la-convention-tripartite-en-ehpad-a36199.htm> >
- [29] ARS. *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1> >
- [30] SYNERPA. *Le cahier des charges du CPOM est paru*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.synerpa.fr/434-le-cahier-des-charges-du-cpom-est-paru-2.html> >
- [31] ARS BOURGOGNE FRANCHE COMTE. *Nouveaux cadres normalisés des ERRD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/nouveaux-cadres-normalises-des-errd> >
- [32] ATIH SANTE. *Résultats de l'enquête de couts 2013 en EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2428/atih_fiche_resultats_enquete_de_couts_2013_ehpad.pdf >
- [33] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/> >
- [34] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi> >
- [35] VIGIL-RIPOCHE MARIE-ANDRE. « Prendre soin entre sollicitude et nécessité », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 107, no. 4, 2011, pp. 6-6
- [36] GRIEPS. *Le concept de « care » : les soins liés aux fonctions de la vie*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.griepts.fr/actualites-le-concept-de-laquo_care_raquo_les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49 >
- [37] GINESTE Y., PELLISSIER J. *Humanité, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, 319 p
- [38] AG&D. *La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.pspaca.fr/IMG/pdf/montessori_2015_domicile_uriopss_-_stagiaires.pdf >
- [39] COLISEE. *La méthode Montessori ou comment accompagner les malades atteints de la maladie d'Alzheimer*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.groupecolisee.com/methode-montessori-accompagner-malades-atteints-de-alzheimer/> >
- [40] ADAPEI. *La loi sur « le droit des usagers » du 2 janvier 2002*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.adapei41.com/droits-demarches/droit-des-usagers/la-loi-sur-les-droits-des-usagers-du-2-janvier-2002> >
- [41] HAS. *Programme qualité de vie en EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835485/fr/programme-qualite-de-vie-en-ehpad >

- [42] HAS. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835356/fr/concilier-vie-en-collectivite-et-personnalisation-de-l-accueil-et-de-l-accompagnement >
- [43] PLOTON LOUIS. « *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* », 2003, édition chronique sociale, coll. Comprendre les personnes, 6ème édition, p 12
- [44] DREES. *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf> >
- [45] LAROUSSE. *Définition de l'organisation*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421> >
- [46] MARRO ANDRE. *Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://andremarro.com/prevenir-les-risques-psychosociaux-en-ehpad-1/> >
- [47] ARS NOUVELLE AQUITAINE. *Journée performance médico-sociale*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Journee_perf_RH_support_pr%C3%A9sentations_01_06_2017.pdf >
- [48] DREES. *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1067.pdf >
- [49] LE MONDE. *Le nombre de candidats aux écoles d'aide soignants en baisse*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/11/le-nombre-de-candidats-aux-ecoles-d-aides-soignants-en-baisse_5297453_1651302.html >
- [50] CNSA. *La situation des EHPAD en 2017*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf >
- [51] BANQUE DES TERRITOIRES. *Un léger mieux pour le taux d'encadrement dans les EHPAD en 2017*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.banquedesterritoires.fr/un-leger-mieux-pour-le-taux-dencadrement-dans-les-ehpad-en-2017> >
- [52] CORBIERES IMMO. *Qu'est-ce que le GMP en EHPAD ?* **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.corbieresimmobilier.com/acheter-vendre/qu-est-ce-que-le-gmp-en-ehpad.html> >
- [53] CAPRETRAITE. *Evaluer les soins nécessaires en EHPAD avec le modèle PATHOS*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.capretraite.fr/prevenir-dependance/sante-grand-age/pathos/> >
- [54] ARS ILE DE FRANCE. *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Tableau-de-bord-performance-EHPAD-2016.pdf> >
- [55] WIKIPEDIA. *Management*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://fr.wikipedia.org/wiki/Management#Henri_Fayol >
- [56] EDITION ELLIPSES. *Introduction au management*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.editions-ellipses.fr/PDF/9782340020993_extrait.pdf >

- [57] HENRY MINTZBERG. *Le management : voyage au centre des organisations*. Editions d'organisation, deuxième édition, p21. **[En ligne]** Disponible sur : < https://www.eyrolles.com/Chapitres/9782708130937/chap1_Mintzberg.pdf >
- [58] PERSPECTIVE MONDE. *Leadership*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619> >
- [59] BIGO HENRI. *Leadership*.
- [60] PSYCHOLOGIE SOCIALE. *Le leadership*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/theories/theorie-des-groupes/11-le-leadership> >
- [61] CNAM. *Evolution des organisations et du management : rétrospective et prospective*. **[En ligne]**. Disponible sur : < http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/boyerequibey_1398688993930-pdf >
- [62] MEMOIRE ONLINE. *Les écoles de la théorie des organisations*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://www.memoireonline.com/02/09/1995/m_Les-ecoles-de-la-theorie-des-organisations1.html >
- [63] BATTENDIER ALAIN. *Motivation, la pyramide des besoins selon Maslow*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6> >
- [64] PYRAMIDE DE MASLOW. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://www.lesiteducontenu.com/lemergence-des-contenus-spontanes/> >
- [65] NICOLAS ELINE. *Gestion des ressources humaines*. Editions Dunod. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://medias.dunod.com/document/9782100711222/Feuilletage.pdf> >
- [66] ANACT. *Brève histoire d'un concept*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept> >
- [67] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. *Qualité de vie au travail : Agnès BUZYN installe l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/qualite-de-vie-au-travail-agnes-buzyn-installe-l-observatoire-national-pour-la> >
- [68] NEXEM. *Qualité de vie au travail : Agnès Buzyn installe un observatoire national*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://organisation.nexem.fr/actualites/qualite-de-vie-au-travail-agnes-buzyn-installe-un-observatoire-national-5cb1-32135.html> >
- [69] YOUTUBE. *ANACT : Des RPS à la QVT*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://youtu.be/1YJZPf-c5k4> >
- [70] WIKIPEDIA. *BARACK OBAMA*. **[En ligne]**. Disponible sur : < https://fr.wikipedia.org/wiki/Barack_Obama#Campagne_pr%C3%A9sidentielle >
- [71] LAROUSSE. *Définition du changement*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612> >
- [72] P. COLLERETTE, G. DELISLE, R. PERRON. *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec, 2002, p20.
- [73] DIRECTION DU DEVELOPPEMENT DES PERSONNES ET DES ORGANISATIONS DU SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRESOR. *La gestion du changement*. **[En ligne]**. Disponible sur : < <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2477985> >

- [74] GIROULT MARIE-ANNE. *La conduite du changement*. [En ligne]. Disponible sur : < <http://moodle.univ-lille2.fr/mod/resource/view.php?id=9933> >
- [75] NURCAN, BARRIOS, ROLLAND. *Une méthode pour la définition de l'impact organisationnel du changement*. [En ligne]. Disponible sur : < https://www.researchgate.net/profile/Selmin_Nurcan/publication/220764685_Une_methode_pour_la_definition_de_l'impact_organisationnel_du_changement/links/55b1731508ae092e964fea9b.pdf >
- [76] BIGO HENRI. *Leadership et accompagnement du changement*.
- [77] PERRET VERONIQUE. *La gestion du changement organisationnel : articulation de représentations ambivalentes*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1151-la-gestion-du-changement-organisationnel-articulation-de-representations-ambivalentes/download> >
- [78] FOLON JACQUES. *Le printemps numérique : comment la révolution digitale a modifié la société, l'enseignement et les entreprises*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://books.google.fr/books?id=kLpICgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false> >
- [79] VAS ALAIN. *Les processus de changement organisationnel à l'épreuve des faits : une approche multi-paradigmatique*. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/12-xieme-conference-de-l-aims/communications/762-les-processus-de-changement-organisationnel-a-lepreuve-des-faits-une-approche-multi-paradigmatique/download> >
- [80] E-MARKETING. *La courbe d'apprentissage du changement*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/La-courbe-d-apprentissage-du-changement-325580.htm#0ECZihdqfgLYvXd5.97> >
- [81] CADRE DE SANTE. *Les cinq facteurs de résistance au changement*. [En ligne]. Disponible sur : < <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/le-terme-de-resistance-au-changement-designe> >
- [82] GENELOT DOMINIQUE. *Manager dans la complexité, Insep Consulting*. 3^{ème} édition 2001, p309-334

TABLE DES MATIERES

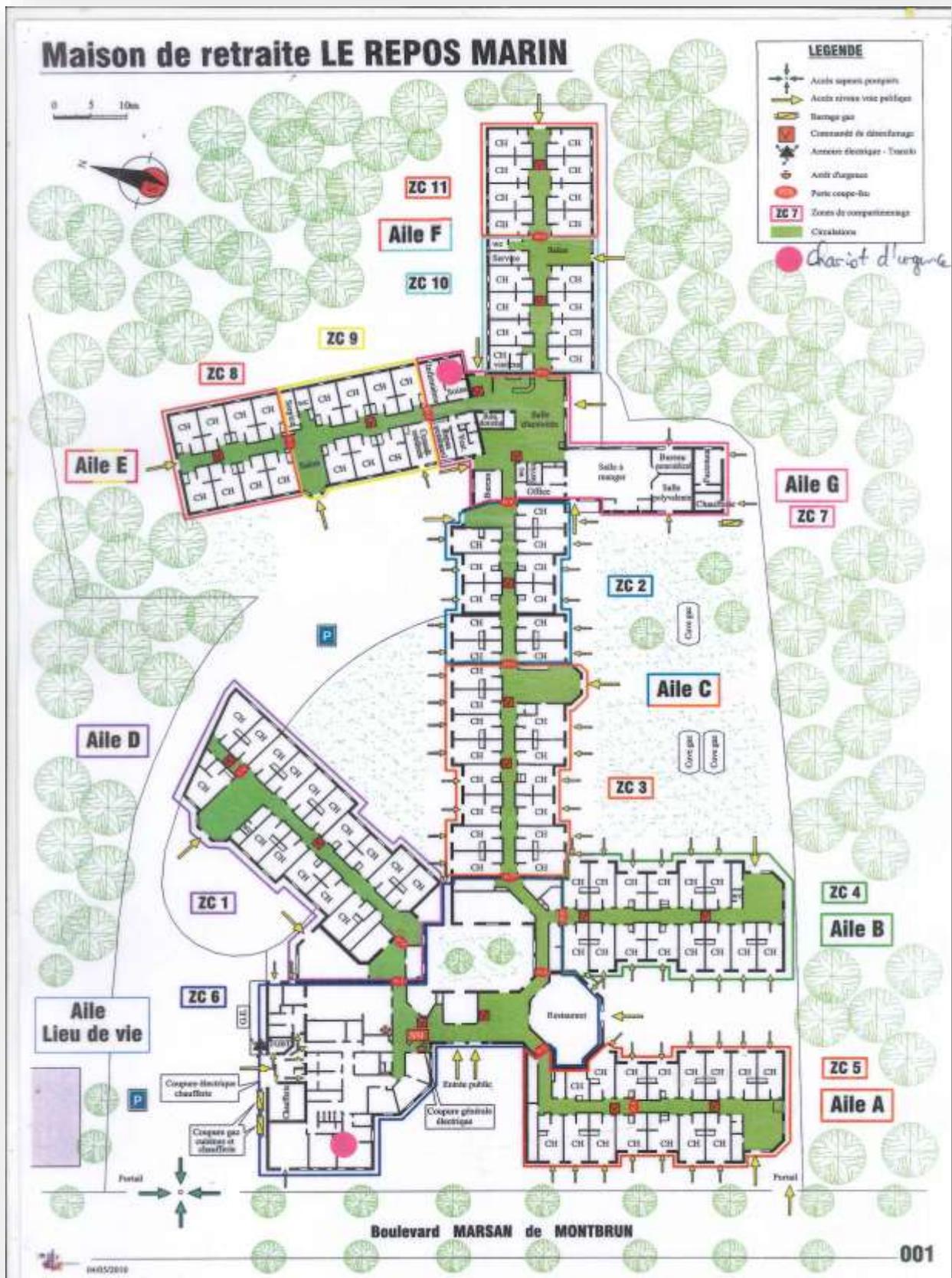
REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION	5
I. L’EHPAD : UN LIEU DE VIE, D’ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN SOINS DES PERSONNES AGEES	7
A. ÉVOLUTIONS DES PROFILS ET EVOLUTIONS LEGISLATIVES : L’URGENCE D’UNE ADAPTATION POUR UNE REPOSE AUX BESOINS	7
1. <i>Le constat d’une population vieillissante et de plus en plus dépendante</i>	7
a) La vieillesse.....	8
b) La dépendance	9
2. <i>Les étapes de la modernisation des prises en charge en EHPAD</i>	11
a) Les missions des EHPAD	11
b) Historique des évolutions règlementaires.....	11
(1) Une certaine tendance à la privatisation du secteur	14
(2) La tarification des EHPAD	16
c) La prise de conscience des pouvoirs publics	18
B. LA PRISE EN SOINS DANS LES ETABLISSEMENTS D’HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : ATTEINDRE UN POINT D’EQUILIBRE ENTRE BESOINS DES RESIDENTS ET ORGANISATION DU TRAVAIL	19
1. <i>La conciliation entre prise en soins et besoins des résidents en EHPAD</i>	19
a) La prise en soins	19
b) L’amélioration des prises en charge par le biais de thérapies non médicamenteuses.....	20
c) La personnalisation de l’accompagnement.....	20
d) Le vécu des professionnels face aux besoins des résidents	21
2. <i>L’accompagnement des personnes âgées face à l’organisation du travail en EHPAD</i>	22
a) L’organisation du travail en EHPAD : définitions et enjeux	22
(1) Quelle définition de l’organisation du travail ?	22
(2) Les enjeux de l’organisation du travail en EHPAD	23
b) Le calcul de la charge de travail.....	26
(1) La référence à la charge de travail, au taux d’encadrement et aux équivalents temps plein	26
(2) Les outils de mesure de la charge de travail.....	26
II. LE LEADERSHIP MANAGERIAL AU CŒUR DE LA CONDUITE DU CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL.....	28
A. MANAGEMENT ET LEADERSHIP : DEUX NOTIONS DISTINCTES ET COMPLEMENTAIRES	28
1. <i>Le management</i>	28
2. <i>Le leadership</i>	29
B. LE MANAGEMENT DES EVOLUTIONS DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL	30
1. <i>L’organisation du travail</i>	30
2. <i>Le management, l’organisation et la qualité de vie au travail (QVT)</i>	31
C. LA CONDUITE DU CHANGEMENT DANS LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL.....	33
1. <i>Le changement et l’organisation : facteurs, causes et résistance</i>	33
a) La définition du changement.....	33
b) Définition du changement organisationnel.....	34
c) Les causes et facteurs du changement organisationnel	35
2. <i>Les approches de la conduite du changement</i>	35
a) La temporalité du changement	37
b) La résistance au changement : frein ou levier dans le cadre d’une nouvelle organisation ?	38
c) Quels sont les leviers lors d’une conduite du changement ?	40
III. L’EXEMPLE DE LA REORGANISATION DE LA RESIDENCE LE REPOS MARIN	41
A. PRESENTATION DU TERRAIN DE RECHERCHE.....	41

1.	<i>Historique de la résidence</i>	41
2.	<i>Indicateurs phares</i>	42
a)	Les résidents	42
b)	Le personnel	42
B.	POURQUOI METTRE EN PLACE UNE REORGANISATION ?	42
C.	OBJET DE L'ENQUETE ET METHODOLOGIE UTILISEE	43
1.	<i>Objet de l'enquête</i>	43
2.	<i>Méthodologie</i>	44
a)	Entretiens semi-directifs	44
b)	Questionnaires	44
D.	ANALYSE DES RESULTATS	46
1.	<i>Profil des répondants</i>	46
2.	<i>L'accompagnement des résidents</i>	47
3.	<i>La qualité de vie au travail</i>	47
4.	<i>La gestion du changement</i>	48
5.	<i>Le point de vue managérial sur le vécu de la réorganisation et son adhésion</i>	48
6.	<i>Les freins et les leviers de la réorganisation</i>	50
7.	<i>L'objectif ayant conduit à la réorganisation est-il-atteint ?</i>	51
IV.	LES PRECONISATIONS D'UNE CONDUITE DE CHANGEMENT MAITRISEE	53
A.	LE ROLE DE LA DIRECTION ET DES MANAGERS DE PROXIMITE	53
1.	<i>Les moyens humains, matériels et financiers</i>	54
2.	<i>Les managers de proximité</i>	55
3.	<i>Adopter un management selon le contexte et le profil des agents</i>	55
B.	IMPLIQUER LES EQUIPES POUR UNE MEILLEURE ACCEPTATION ET MESURER LES AXES D'ACCOMPAGNEMENT	57
1.	<i>L'implication des équipes</i>	57
2.	<i>Encourager le travail d'équipe, le partage de connaissances entre collègues et développer une certaine mobilité des agents</i>	58
C.	COMMUNIQUER : LE MAITRE-MOT DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS	59
D.	L'IMPLICATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES	60
E.	SOUTENIR ET EVALUER LES CHANGEMENTS OPERES	62
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	64
	TABLE DES MATIERES	70
	ANNEXES	72

ANNEXES

Annexe I : Plan de l'EHPAD Le Repos Marin	I
Annexe II : Grille d'entretien à destination des cadres.....	II
Annexe III : Questionnaire à destination des professionnels	VII
Annexe IV : Questionnaire à destination des résidents	IX
Annexe V : Synthèse des résultats du questionnaire à destination des équipes	XI
Annexe VI : Retranscriptions des entretiens.....	XX
Annexe VII : Analyse des résultats des entretiens avec les résidents	XLI

Annexe I : Plan de l'EHPAD Le Repos Marin



Grille d'entretien sur la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

Nom, Prénom :

Fonction :

Date de l'entretien :

Heure de l'entretien :

Cadre et objectif de l'entretien

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire une rencontre sera organisée avec chaque cadre de la Résidence le Repos Marin afin d'avoir aussi leur regard sur la réorganisation qui s'est opérée en janvier 2019.

Conditions de diffusion

Suite à l'entretien, une retranscription sera communiquée au cadre interviewé pour validation ou pour apport de modifications. Après validation, le contenu sera intégré dans le mémoire, qui sera lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université.

Question n°1 : Présentez-vous ... (nom, prénom, expériences...)

Question n°2 : Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ?
1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Question n°3 : La réorganisation vous semblait-elle nécessaire ?
Oui / Non

Question n°4 : Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ?
--

Oui / Non

Question n°5 : D'après vous, comment la réorganisation a-t-elle été perçue par les résidents et leurs familles ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Question n°6 : D'après vous, comment a été perçue la réorganisation par les équipes ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Question n°7 : Quelles explications de la réorganisation ont été données aux équipes ?

Question n°8 : Selon vous, comment a été définie la réorganisation dans le temps ?

Question n°9 : D'après vous, quel ont été les freins à la réorganisation ?

Question n°10 : D'après vous, quels ont été les leviers de la réorganisation ?

Question n°11 : Selon vous, la réorganisation est-elle terminée ?

Oui / Non

Si, non, pourquoi ? Et d'après vous combien de temps prendra l'organisation à être stabilisée

Question n°12 : Et quelles seraient vos préconisations pour une réorganisation ?

--

Question n°13 : Y-a-t-il d'autres thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de la réorganisation ?

--

Annexe III : Questionnaire à destination des professionnels

Enquête auprès des professionnels sur la réorganisation au sein d'un EHPAD

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD.

Ce questionnaire est à l'intention de tous les professionnels exerçant au sein du Repos Marin. Toutes les réponses seront traitées anonymement. Pour la bonne réalisation de ce travail de fin d'étude votre collaboration, vos exemples et commentaires me sont indispensables.

L'objectif recherché est de mieux cerner les différents éléments à considérer lors de la construction du changement d'une organisation du travail. Retour souhaité avant le **28 juin 2019**. D'avance, merci.

Votre situation

1- Quelle fonction exercez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-Soignant(e) | <input type="checkbox"/> Cuisines |
| <input type="checkbox"/> Agent de Service Hôtelier / Lingère | <input type="checkbox"/> Pôle administratif / animation |
| <input type="checkbox"/> Aide Médico-Psychologique (AMP) | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat (IDE) | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : | |

2- Vous êtes en :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Indéterminée (CDI) | <input type="checkbox"/> Contrat à Durée Déterminée (CDD) |
|---|---|

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Moins d'un an | <input type="checkbox"/> Entre 5 ans et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre un an et 5 ans | <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans |

4- Vous travaillez :

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> De jour | <input type="checkbox"/> De nuit |
| <input type="checkbox"/> Alternance entre jours et nuits | |

L'accompagnement des résidents

5- Comment considérez-vous l'accompagnement des résidents ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisant | <input type="checkbox"/> Satisfaisant |
| <input type="checkbox"/> Insatisfaisant | <input type="checkbox"/> Très insatisfaisant |

Commentaire / Exemple d'accompagnement :

6- Comment trouvez-vous vos horaires de travail ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait adaptés aux besoins des résidents | <input type="checkbox"/> Plutôt pas adaptés aux besoins des résidents |
| <input type="checkbox"/> Plutôt adaptés aux besoins des résidents | <input type="checkbox"/> Pas du tout adaptés aux besoins des résidents |

Commentaires / Exemple :

Si non : quels horaires vous sembleraient adaptés ?

Qualité de vie au travail

7- Vous êtes motivés à venir travailler au sein de la Résidence ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui | <input type="checkbox"/> Non pas du tout | |

Commentaires / Exemple :

8- Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas |
| <input type="checkbox"/> Plutôt oui | <input type="checkbox"/> Non pas du tout | |

Commentaires / Exemple :

9- La charge de travail est selon vous bien répartie selon les agents

- Oui tout à fait Plutôt non Ne se prononce pas
 Plutôt oui Non pas du tout

Commentaires / Exemple :

10- Vous trouvez que le travail au sein de la résidence est bien organisé

- Oui tout à fait Plutôt non Ne se prononce pas
 Plutôt oui Non pas du tout

Commentaires / Exemple :

La réorganisation

11- D'ordinaire, êtes-vous favorable au changement ?

- Oui Non

12- Pensez-vous que la réorganisation était nécessaire pour recentrer l'organisation autour du rythme de vie des résidents

- Oui tout à fait Plutôt non Ne se prononce pas
 Plutôt oui Non pas du tout

Commentaires / Exemple :

13- Pensez-vous que la nouvelle organisation s'adapte au rythme de vie des résidents

- Oui tout à fait Plutôt non Ne se prononce pas
 Plutôt oui Non pas du tout

Commentaires / Exemple :

14- Vous pensez que les résidents ont eu conscience de la réorganisation

- Oui Non

Commentaires / Exemple :

15- Pensez-vous que la nouvelle organisation s'adapte à votre rythme de travail

- Oui tout à fait Plutôt non Ne se prononce pas
 Plutôt oui Non pas du tout

Commentaires / Exemple :

16- La réorganisation vous a-t-elle permis une meilleure connaissance de l'ensemble des résidents ?

- Oui Non

Commentaires / Exemple :

17- Pour vous quel a été l'impact du changement d'aile dans l'organisation du travail ? (1 seule réponse possible)

- Une meilleure connaissance des résidents Une meilleure connaissance de ses collègues
 Une meilleure relation avec les résidents Une meilleure entente entre collègues

Commentaires / Exemple :

18- D'après vous, quels sont les facteurs favorisant le changement d'une organisation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Communication Consultation Autre (à préciser) :
 Participation Accompagnement
 Formation Proposition

19- En 1 mot, pouvez-vous citer un impact majeur de la réorganisation pour vous ?

20- En 1 mot, pouvez-vous citer un impact majeur de la réorganisation pour les résidents ?

21- Selon vous :

Quels sont les points positifs de la réorganisation ?

Quels sont les points négatifs de la réorganisation ?

Merci pour votre participation.

Annexe IV : Questionnaire à destination des résidents

Enquête auprès des résidents sur la réorganisation de l'établissement

1- Depuis combien de temps résidez-vous au sein du Repos Marin ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 3 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre un mois et 6 mois | <input type="checkbox"/> Entre 6 mois et 1 an |
| | <input type="checkbox"/> Plus de 3 ans |

2- Depuis votre arrivée dans la résidence avez-vous pu apercevoir des changements dans la résidence ?

- Oui Non

Commentaires :

.....

3- Quels sont ces changements ?

.....
.....

Si, oui, ces changements vous ont-ils dérangé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Non pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas | |

Commentaires :

4- Depuis votre arrivée dans la résidence avez-vous pu apercevoir des changements dans la résidence ?

- Oui Non

Commentaires :

Quels sont ces changements ?

.....

Si, oui, ces changements vous ont-ils dérangé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Non pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas | |

Commentaires :

Estimez-vous que ces changements aient perturbés votre quotidien ?

.....

5- D'après-vous, de quand datent les changements ?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 mois | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> 3 mois | |
| <input type="checkbox"/> 6 mois | |

Commentaires :

6- Considérez -vous que vos habitudes de vie soient respectées ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui tout à fait | <input type="checkbox"/> Plutôt oui |
| <input type="checkbox"/> Plutôt non | <input type="checkbox"/> Non pas du tout |
| <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas | |

Commentaires :

7- Considérez -vous que vos relations avec les équipes soient suffisantes ?

- Oui tout à fait
- Plutôt non
- Ne se prononce pas
- Plutôt oui
- Non pas du tout

Commentaires :

8- Considérez -vous que l'organisation de la résidence s'adapte à votre rythme de vie ?

- Oui tout à fait
- Plutôt non
- Ne se prononce pas
- Plutôt oui
- Non pas du tout

Commentaires :

9- D'après-vous, quel est le moment le plus important de la journée ?

- Le lever
- La toilette
- Les animations
- Le déjeuner
- Le dîner
- Le goûter
- Le coucher

Commentaires :

10- D'après le temps fort identifié à la question précédente, pensez-vous que votre rythme de vie soit respecté ?

- Oui tout à fait
- Plutôt non
- Ne se prononce pas
- Plutôt oui
- Non pas du tout

Commentaires :

11- Les heures de repas vous conviennent-elles ?

- Oui tout à fait
- Plutôt non
- Ne se prononce pas
- Plutôt oui
- Non pas du tout

Commentaires :

12- L'organisation de l'établissement en termes d'horaires vous a-t-elle été présentée et expliquée ?

- Oui
- Non

Si oui, qu'en avez-vous retenu ?

.....

13- Comment caractérisez-vous le travail du personnel ?

14- Quelles sont vos attentes ?

15- Est-il à la hauteur de vos attentes ?

- Oui tout à fait
- Plutôt non
- Ne se prononce pas
- Plutôt oui
- Non pas du tout

Commentaires :

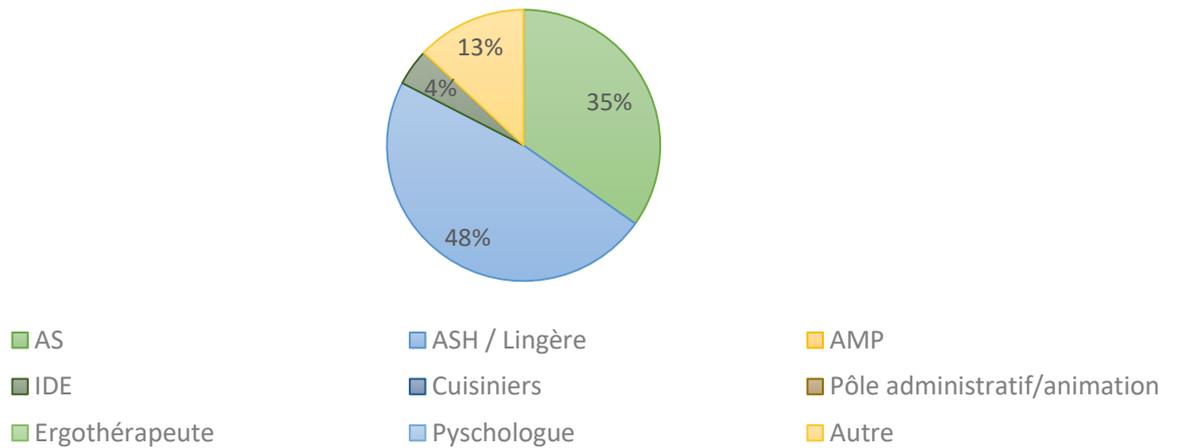
16- Y-a-t-il des thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de l'organisation de l'établissement et de vos journées ?

.....

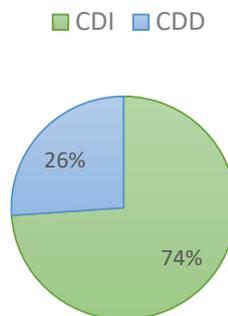
Annexe V : Synthèse des résultats du questionnaire à destination des équipes

Votre situation

Quelle fonction exercez-vous ?

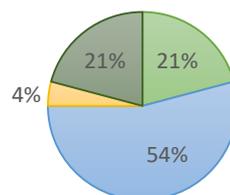


Vous êtes en :



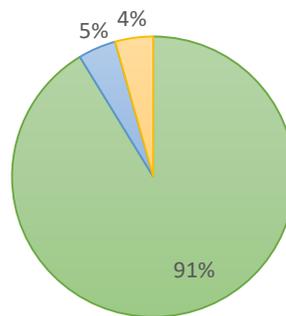
Depuis combien de temps travaillez-vous au sein de la résidence ?

Moins d'un an Entre 1 et 5 ans Entre 5 et 10 ans Plus de 10 ans



Vous travaillez :

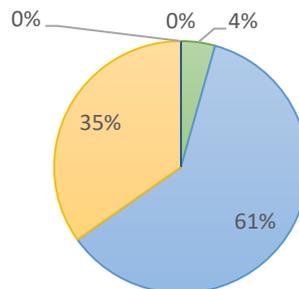
■ de jour ■ de nuit ■ alternance entre jours et nuits



L'accompagnement des résidents

Comment considérez-vous l'accompagnement des résidents ?

■ Très satisfaisant ■ Satisfaisant ■ Insatisfaisant ■ Très insatisfaisant ■ Ne se prononce pas

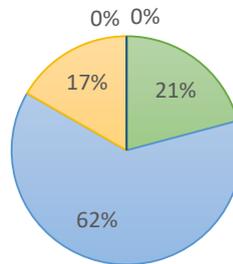


Commentaires :

- Manque de temps
- Soins du matin (toilette)
- Très peu de temps à leur accorder
- Aide pas assez rapide quand il y a une sonnette
- Ils sont souvent livrés à eux même
- Trop d'attente

Comment trouvez-vous vos horaires de travail ?

- Tout à fait adaptés aux besoins des résidents
- Plutôt adaptés aux besoins des résidents
- Plutôt pas adaptés aux besoins des résidents
- Pas du tout adaptés aux besoins des résidents
- Ne se prononce pas



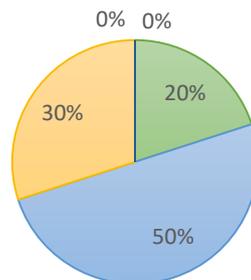
Commentaires :

- Accompagnement aux WC après repas ou change non faits
- On est là dès qu'ils se lèvent et on part quand ils se couchent
- Si non : quels horaires vous sembleraient adaptés ?
- Travailler en 7h
- Trop de pause dans l'après-midi (45 minutes), on aurait plus de temps l'après-midi pour les demandes de chaque résident

Qualité de vie au travail

Vous êtes motivés à venir travailler au sein de la Résidence ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

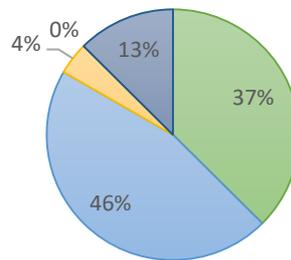


Commentaires :

- 12h de présence et d'accompagnement ne profitent pas aux résidents. La fatigue est présente en milieu de journée pour les agents.
- Cela dépend des équipes
- Manque de personnel / pas remplacé

Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

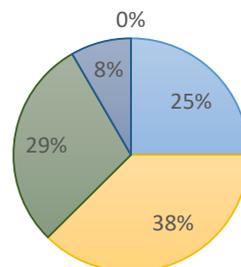


Commentaires :

- Cela dépend des équipes
- Bonne entente
- Les anciens agents se liguent entre eux contre les nouveaux (par peur ? manque de reconnaissance ?)

La charge de travail est selon vous bien répartie selon les agents :

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

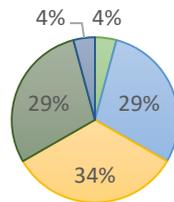


Commentaires :

- Mais chacune ne soit pas se référer a sa liste de toilette (trop d'attente au niveau des sonnettes)
- Pas assez de personnel soignant
- Trop de charge par agent, il manque du personnel
- Trop de travail pour certains postes
- Trop de commun, pas assez de temps

Vous trouvez que le travail au sein de la résidence est bien organisé ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas



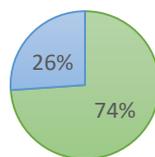
Commentaires :

- Trop de chambre, nettoyage commun pour une seule personne
- Trop de chose à faire, pas assez de temps
- Nous faisons trop de distance, trop de pas inutiles

La réorganisation

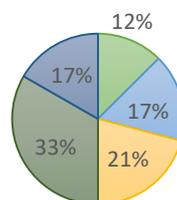
D'ordinaire, êtes-vous favorable au changement ?

■ Oui ■ Non



Pensez-vous que la réorganisation était nécessaire pour recentrer l'organisation autour du rythme de vie des résidents ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

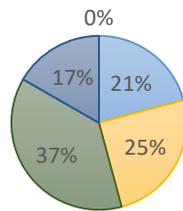


Commentaires :

- Trop de changements d'un coup, petit à petit ça aurait été mieux
- Avant on avait plus le temps de tout nettoyer
- Depuis la nouvelle reorg moins de temps pour les résidents, manque de connaissance des problèmes des résidents, de leur habitude car on tourne trop vite
- Afin de mettre plus de vie sociale

Pensez-vous que la nouvelle organisation s'adapte au rythme de vie des résidents ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

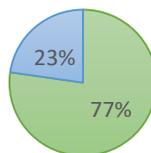


Commentaires :

- Manque de poste pour alléger la charge de travail et prendre plus de temps pour chacun et chacune des résidents
- Ni les résidents, ni les agents
- Manger trop tôt, les résidents se plaignent, pareil pour les couchers
- Il se plainte qu'il n'y a pas assez de temps entre chaque repas

Vous pensez que les résidents ont eu conscience de la réorganisation

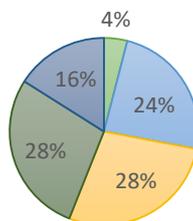
■ Oui ■ Non



Commentaires :

- Pour certain(e)s
- Cela a même chamboulé leur rythme de vie et la confiance envers les agents
- Ils sont perturbés
- Oui et il regrette pour certaine l'ancienne organisation
- Pensez-vous que la nouvelle organisation s'adapte à votre rythme de travail ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

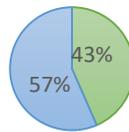


Commentaires :

- La pression et la fatigue se font plus grandes
- Trop de choses à faire et pas assez de temps

La réorganisation vous a-t-elle permis une meilleure connaissance de l'ensemble des résidents ?

■ Oui ■ Non

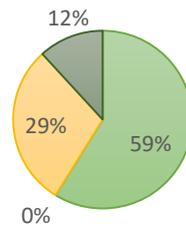


Commentaires :

- Je les connaissais déjà
- On change d'aile régulièrement
- Oui on va partout du coup on les connaît et pour les remplacements c'est plus simple

Pour vous quel a été l'impact du changement d'aile dans l'organisation du travail ?

■ Une meilleure connaissance des résidents ■ Une meilleure relation avec les collègues
■ Une meilleure connaissance de ses collègues ■ Une meilleure entente entre collègues



Commentaires :

- On va partout, on s'occupe de tout, pas que d'une seule aile
- A permis de casser les équipes de copines

D'après vous quels sont les facteurs favorisant le changement d'une réorganisation ? (Plusieurs réponses possibles)

■ Communication ■ Participation ■ Formation ■ Consultation ■ Accompagnement ■ Proposition



Commentaires :

- Aucun

En 1 mot, pouvez-vous citer un impact majeur de la réorganisation pour vous ?

- Fatigue (x6)
- Décevant
- Débordée
- Fatigue morale
- Lassitude
- Inquiétude et énervement des soignants
- Les horaires
- Pas assez de temps pour les toilettes
- Stress
- Surchargé
- Epuisement

En 1 mot, pouvez-vous citer un impact majeur de la réorganisation pour les résidents ?

- Chaos
- Aide
- Bien-être
- Désorientation
- Désorientés (x2)
- Moins de temps, la solitude se fait ressentir
- Pas assez de temps pour eux
- Perdu
- Perte de repères
- Perturbés
- Trop de monde

Quels sont les points positifs de la réorganisation ?

- On connaît tous les résidents, plus facile pour remplacer
- Meilleure connaissance des résidents
- Connaissance des services et des résidents
- L'ensemble des personnels connaissent l'ensemble des résidents
- Connaître tous les secteurs
- Une bonne connaissance du résident, une meilleure adaptation au changement de poste
- Mieux connaître les résidents de toute l'EHPAD
- Connaître tous les résidents et tous les services
- Tous les agents ont pris conscience du travail des autres et a contribué à réduire les médiances
- Aucun, mes collègues sont très fatiguées
- Voir 18
- Communication entre collègues et résidents
- On connaît tous les résidents, plus facile pour remplacer
- Aucun
- Plus d'entraide entre nous, meilleure entente

Quels sont les points négatifs de la réorganisation ?

- Résidents déstabilisés, manque de temps, plus de pas pour rien, mauvaise gestion dans les services, détérioration entente entre collègues (roulement)
- Pas suffisamment de temps sur un même poste pour s'organiser dans son travail
- Fatigue physique, psychologique, les résidents sont perdus car ne voient jamais les mêmes soignants
- Trop d'intervenants auprès des résidents, perte d'infos, manque d'implication
- Trop de charge
- Manque de temps pour les toilettes, les animations comme nous faisons le dimanche, une charge de travail plus lourde, plus de toilettes...
- Trop de toilettes pour une soignante
- Certains personnels n'ont pas la capacité ou la volonté au changement
- Aucun suivi de l'état de santé des résidents malgré les transmissions
- Fiches de tâches mal repartit
- Résidents désorientés, plus de travail, plus de toilettes, moins de temps avec les résidents
- Le rythme de vie du résident est encore moins pris en compte au nom du travail toujours plus important à terminer à temps
- Fatigués, démotivation, accident du travail
- Trop de changements
- Mauvaise gestion du temps, peu d'aide aux résidents, trop de travail pour une seule personne
- On a trop de travail et pas assez de temps
- Aucun
- Pas le temps de faire toutes les chambres, on court trop partout
- Plus de fatigue, plus de travail dans le même laps de temps

Grille d'entretien sur la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

Nom, Prénom : DAMAS Florine

Fonction : Adjointe de direction de la résidence Le Repos Marin

Date de l'entretien : le 27 juin 2019

Heure de l'entretien : 18h

Cadre et objectif de l'entretien

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire une rencontre sera organisée avec chaque cadre de la Résidence le Repos Marin afin d'avoir aussi leur regard sur la réorganisation qui s'est opérée en janvier 2019.

Conditions de diffusion

Suite à l'entretien, une retranscription sera communiquée au cadre interviewé pour validation ou pour apport de modifications. Après validation, le contenu sera intégré dans le mémoire, qui sera lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université.

Question n°1 : Présentez-vous ... (nom, prénom, expériences...)

Je m'appelle Florine DAMAS, je suis arrivée au Repos Marin en août 2017. J'ai été secrétaire en suite j'ai été assistante de direction puis adjointe de direction au 1er décembre 2018.

Question n°2 : Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Très mal, ça a été très violent, j'ai été mise sur le fait accompli, j'ai dû préparer toute l'organisation des ASH en 1 semaine : planning, fiches de tâches, l'organisation complète avec l'aide de la Directrice par intérim.

Une semaine après nous avons présenté aux équipes un rétroplanning de la réorganisation, ça été assez compliqué je comprenais tout juste le nouveau fonctionnement qu'on devait mettre en place pour les équipes. Je ne croyais pas forcément à cette réorganisation, car cette réorganisation a été orchestré par une directrice d'un autre ehpad.

Question n°3 : La réorganisation vous semblait-elle nécessaire ?

Oui / Non

Oui elle me semblait nécessaire mais pas de cette façon, il fallait d'abord se concentrer sur les salariés déjà présents sur la structure, et faire le point sur les salariés en arrêt longue durée

Je pense qu'il fallait d'abord faire cette organisation sur les plannings et ensuite commencer à mettre en place la nouvelle réorganisation sur du long terme.

Question n°4 : Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ?

Oui / Non

Les équipes ont moins de temps pour les résidents et donc moins de repères et de lien. Le midi il faut qu'ils aient mangé en 1h30, il n'y a plus de temps pour les résidents.

Question n°5 : D'après vous, comment la réorganisation a-t-elle été perçue par les résidents et leurs familles ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Il n'y a pas eu assez de communication avec les familles et les résidents. La réorganisation a été assez difficile pour les résidents qui n'ont pas forcément compris le but de celle-ci, ils se plaignent du nouveau fonctionnement parce qu'ils ont plus du tout les mêmes repères avec les soignants ou les ASH qui changent tous les jours alors qu'ils avaient ces repères là avant.

Question n°6 : D'après vous, comment a été perçue la réorganisation par les équipes ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Parce que tout leur fonctionnement a totalement changé, ils ont dû se réadapter à tous les résidents alors qu'ils ne les connaissaient pas tous. Ils ont cru que des postes allaient se créer et qu'on allait en virer, ils ont eu une appréhension tout le long de la réorg, ils ne savaient pas à quoi s'attendre avec seulement les cadres pour les soutenir.

Question n°7 : Quelles explications de la réorganisation ont été données aux équipes ?

Que ça allait améliorer le quotidien des résidents, le leur aussi parce qu'ils allaient tous passer en 10h. Se reconcentrer sur les résidents, sur le lien avec les résidents et les familles. Pour moi j'ai eu pas eu d'autres explications, la réorganisation était déjà lancée quand je suis arrivée en tant qu'adjointe de direction.

Question n°8 : Selon vous, comment a été définie la réorganisation dans le temps ?

Ça a été extrêmement court. On n'a pas eu le temps de préparer les équipes, résidents et les familles. Même moi je n'étais pas prête, je suis passée adjointe du jour au lendemain et j'ai dû assurer le boulot quotidien et la réorganisation en même temps. Personne été prêt.

Question n°9 : D'après vous, quel ont été les freins à la réorganisation ?

Pour moi, j'ai été nommé adjointe en même temps que la réorganisation et que du coup je n'ai pas pu me concentrer sur la réorganisation correctement. Les équipes n'ont pas voulu suivre, ils étaient sur la défensive, ils ne voulaient pas de la réorganisation, ils n'ont pas eu d'explications nécessaire à cette réorg, certaines ne voulaient pas passer en 12h et en passant tout le monde en 12h on a enlevé des postes en 7h qui étaient très bien pour le fonctionnement de l'EHPAD.

Question n°10 : D'après vous, quels ont été les leviers de la réorganisation ?

On était solidaires avec les membres du CODIR, je n'ai pas ressenti de soutien de la part de mes équipes. Les membres du CODIR m'ont soutenue mais pas les ASH ni les gouvernantes.

Question n°11 : Selon vous, la réorganisation est-elle terminée ?

Oui / Non

Si, non, pourquoi ? Et d'après vous combien de temps prendra l'organisation à être stabilisée ?

Non parce les équipes ne sont pas encore au point, le travail n'est pas encore fait convenablement. Les soignants font leurs toilettes mais elles n'arrivent pas à trouver

du temps pour les résidents. Côté hébergement les chambres ne sont pas convenables, l'établissement n'est plus aussi propre qu'avant. Il faut encore travailler là-dessus, il faut encore soutenir les salariés parce que c'est encore fragile, ils commencent à se mettre dans la réorganisation mais à tout moment ça peut céder et je pense que des changements sont encore nécessaires.

Question n°12 : Et quelles seraient vos préconisations pour une réorganisation ?

Prendre le temps, se poser les bonnes questions, faire énormément d'ateliers avec les salariés, les faire participer parce que c'est eux qui sont sur le terrain, Et faire petit à petit des essais et voir si ça fonctionne, et là ça passerait beaucoup mieux auprès des équipes. Et pas faire une réorg sur 1 mois et la faire sur 4 à 6 mois.

Question n°13 : Y-a-t-il d'autres thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de la réorganisation ?

Je pense que j'ai tout dit.

Grille d'entretien sur la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

Nom, Prénom : MORARD Rachel

Fonction : Infirmière coordinatrice du Repos Marin

Date de l'entretien : le 24 juin 2019

Heure de l'entretien : 10h15

Cadre et objectif de l'entretien

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire une rencontre sera organisée avec chaque cadre de la Résidence le Repos Marin afin d'avoir aussi leur regard sur la réorganisation qui s'est opérée en janvier 2019.

Conditions de diffusion

Suite à l'entretien, une retranscription sera communiquée au cadre interviewé pour validation ou pour apport de modifications. Après validation, le contenu sera intégré dans le mémoire, qui sera lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université.

Question n°1 : Présentez-vous ... (nom, prénom, expériences...)

Je m'appelle Rachel Morard, je suis IDE depuis 13 ans et infirmière coordinatrice depuis avril 2018.

Question n°2 : Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Plutôt mal, avec les changements de direction. La première direction n'était pas dans la dynamique. La réorganisation a été initiée avec une directrice, puis a été laissée tombée pendant 6 mois et a ensuite été mise en place par une nouvelle direction en 2 mois. La réorganisation a été mise en place avec la directrice d'une autre structure et une directrice par intérim. La réunion avec les équipes avait eu lieu 6 mois avant, donc ça a été discontinu.

Question n°3 : La réorganisation vous semblait-elle nécessaire ?

Non, le fonctionnement de base était fluide et ça n'était pas le bon moment avec ce changement de direction.

Question n°4 : Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ?

Oui / Non

Les filles se sont centrées sur leurs problématiques personnelles et organisationnelles. Selon elles il y avait plus de suivi personnalisé avant vu que maintenant elles changent d'ailes.

Question n°5 : D'après vous, comment la réorganisation a-t-elle été perçue par les résidents et leurs familles ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Que des retours négatifs, mais est-ce qu'on n'entend pas seulement ceux qui se plaignent ? Ce qui ressort c'est le changement de tête tous les jours.

Question n°6 : D'après vous, comment a été perçue la réorganisation par les équipes ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Elle a été subie dans le sens où ça a enlevé 30min de pause le midi et qu'elles terminent 30min plus tard le soir.

Elles ont dû faire preuve d'adaptabilité face aux résidents, mais c'est bien de ne pas avoir que des résidents lourds. Pour elles, c'est bien d'avoir dispatché la charge de travail.

Question n°7 : Quelles explications de la réorganisation ont été données aux équipes ?

Les explications ça a été de :

- Recentrer le résident au cœur des journées de travail

- Remettre les temps de repas adaptés pour les temps de jeun
- Recentrer le travail et l'égalité pour les équipes
- Eviter le glissement de tâches

Elle a été suffisamment bien expliquée avec plusieurs réunions.

Question n°8 : Selon vous, comment a été définie la réorganisation dans le temps ?

Elle a été définie en termes d'objectifs en 1 mois. Il y a eu un retro planning imposé.

Ça aurait été bien avec une équipe en place stable et avec une équipe de direction posée : adjointe pas encore adjointe, direction peu présente, IDEC en poste depuis peu et après une directrice en intérim et qui commence dans ses fonctions.

Dans d'autres circonstances ça aurait été mieux.

Question n°9 : D'après vous, quel ont été les freins à la réorganisation ?

- Le contexte de l'équipe de direction, les changements de direction
- Les habitudes ancrées, le changement d'habitude a été difficile
- Gestion du quotidien avec en plus de la gestion de la réorganisation
- Il y a eu pleins de ratés, heureusement qu'on n'a pas eu de contrôles, il y a eu des ratés dans la traça, suivi des soins...

Question n°10 : D'après vous, quels ont été les leviers de la réorganisation ?

Le soutien de mon équipe soignante qui venait me soutenir et me demander comment ça allait. L'entente avec l'équipe de Direction et l'envie de bien faire et de répondre aux attentes

Question n°11 : Selon vous, la réorganisation est-elle terminée ?

Oui / Non

Si, non, pourquoi ? Et d'après vous combien de temps prendra l'organisation à être stabilisée

Non, il y aura encore des réajustements, je pense que ça prendra 1 an pour être stabilisé.

Question n°12 : Et quelles seraient vos préconisations pour une réorganisation ?

Il faudrait intégrer des salariés dans la totalité de la démarche.

Question n°13 : Y-a-t-il d'autres thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de la réorganisation ?

Difficultés dans la gestion du temps entre la gestion du quotidien et l'investissement demandé par la réorganisation.

Grille d'entretien sur la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

Nom, Prénom : FALAQUE Corentin

Fonction : Chef cuisinier de la résidence Le Repos Marin

Date de l'entretien : le 28 juin 2019

Heure de l'entretien : 11h

Cadre et objectif de l'entretien

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire une rencontre sera organisée avec chaque cadre de la Résidence le Repos Marin afin d'avoir aussi leur regard sur la réorganisation qui s'est opérée en janvier 2019.

Conditions de diffusion

Suite à l'entretien, une retranscription sera communiquée au cadre interviewé pour validation ou pour apport de modifications. Après validation, le contenu sera intégré dans le mémoire, qui sera lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université.

Question n°1 : Présentez-vous ... (nom, prénom, expériences...)

Corentin Falaque, 33 ans, chef de cuisine depuis 5 ans, j'ai fait quelques voyages qui m'ont permis d'acquérir des connaissances différentes dans la cuisine, Asie, les îles, j'ai travaillé en Angleterre, beaucoup de villes en France aussi, en Australie aussi et puis j'ai un diplôme de cuisinier, pâtissier, boulanger, traiteur, encadrement. Et puis voilà du coup maintenant j'ai cherché un confort de vie pour pouvoir m'occuper de ma fille aussi donc c'est pour ça que je suis en en EHPAD depuis 3 ans et demi. Ça fait depuis Novembre 2018 que je suis chef ici.

Question n°2 : Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Je pense qu'il y a une bonne volonté des encadrants de changer cette organisation qui n'était pas forcément bonne au quotidien mais il y a eu un manque d'accompagnement sur le terrain pour vraiment comprendre quels étaient les points négatifs et solutionner au plus vite. C'est a été un peu long, les solutions à trouver pour la pénibilité du travail pour les filles. C'est positif mais quand tu changes les choses, le changement ce n'est pas forcément facile à faire passer aux gens et puis il y a la façon dont ça a été amené, ça allait forcément créer un peu de tension en interne, ce qui était logique.

Question n°3 : La réorganisation vous semblait-elle nécessaire ?

Pas sur tous les points, je pense que ça a été surtout fait parce que le groupe souhaitait une réorganisation après faut surtout s'adapter site par site de s'adapter aux besoins des résidents et ce qu'il en est après, c'est la volonté certaine du groupe de changer tout ça particulièrement. Mais je ne pense pas que ça a été la meilleure solution à adopter pour le site.

Question n°4 : Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ?

Oui / Non

C'était ça la première conviction, de se recentrer par rapport aux besoins et attentes des résidents mais il y a des choses qui sont mis en place qui sont pour moi totalement en désaccord avec ce qui se passe parce que faire à manger des résidents à 12h30 le midi pour moi, c'est trop tard même pour eux d'ailleurs et après dans l'accumulation du travail la journée. Oui par rapport à la réorg on a été obligés de faire ça, ce n'était pas une très bonne idée parce qu'il y a quand même beaucoup de plaintes des résidents. Du coup après finissent tard de manger, donc se recentrer peut-être oui mais faire attention aux horaires.

Question n°5 : D'après vous, comment la réorganisation a-t-elle été perçue par les résidents et leurs familles ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Pour les résidents ça a été compliqué au démarrage, parce que pour eux, changer 10 ans d'acquis c'est compliqué, on a changé toutes les équipes, on a changé aussi un

peu leur alimentation. On est passé sur des choses qui leur plaisait plus dans l'alimentation donc c'est très bien, ça a été bien perçu. Mais le changement est quand même difficile à accepter, le changement pour des seniors est difficile à entendre.

Question n°6 : D'après vous, comment a été perçue la réorganisation par les équipes ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Pour les équipes ça a surtout été vu comme une stratégie financière du groupe, pour certainement économiser des postes et des heures de travail et ainsi de suite. En général les employés avec les changements ils pensent que c'est lié au patronat et aux intérêts du groupe.

Alors que je ne pense pas. Il y a une charge travail qui est un peu plus imposante comparé à avant pour beaucoup de personnes mais c'est du travail qui est à faire. Il faut qu'il soit à répertorié tous les jours et puis le temps que quelque chose se mette en place, forcément, les gens sont mécontents ce qui est normal mais aujourd'hui chacun prend son rythme de croisière et puis ça va de mieux en mieux donc le choix était bon.

Question n°7 : Quelles explications de la réorganisation ont été données aux équipes ?

Déjà qu'il n'y ait plus d'équipes et contre équipe : ça causait des problèmes, les gens travaillaient rarement ensemble et ça faisait des tensions en interne. Et puis de se recentrer autour des résidents

Ça n'a pas été expliqué par les bonnes personnes, ça n'a pas été bien amené et pas bien perçu par les équipes.

Je pense que ça a été expliqué mais pas par les bonnes personnes, c'est ça été expliqué par la hiérarchie plutôt que par les personnes qui sont sur le terrain et du coup on n'a pas la même façon de parler. On n'a pas la même façon de voir le travail, c'est normal et du coup je pense que par rapport à la retransmission ça pas été tout le temps bien amené et puis tout le temps bien compris aussi.

Question n°8 : Selon vous, comment a été définie la réorganisation dans le temps ?

Trop longue, on a laissé passer 6 mois, je ne sais pas si 6 mois, c'est long ou pas.

C'était la première que je faisais sur un EHPAD.

En fait, c'est qu'il y a un décalage avec les gens qui sont au bureau et les gens qui sont sur le terrain et du coup des fois, il y a eu une perte de temps sur la façon de solutionner les problèmes et les réactions qui n'ont pas été les bonnes. Je pense que c'est bien de faire des fiches de poste, mais il fallait plus quelqu'un sur le terrain au quotidien, quitte à décrocher ton bureau pendant quelques semaines pour bien percevoir la masse de travail au quotidien et pas effleurer du doigt ce qu'il y en est au quotidien parce que là on impose des choses aux gens sans être sûr de si ça rentre vraiment dans la faisabilité de leurs journées et pour moi ce n'est pas normal.

Question n°9 : D'après vous, quel ont été les freins à la réorganisation ?

On a voulu écouter tout le monde et quand on fait un remaniement on ne peut pas écouter tout le monde.

Il aurait fallu cerner les personnes qui étaient vraiment concernées par le sujet, faire un chef d'équipe et faire que quelqu'un mène la danse et les avis de chacun, on ne peut pas faire une communication avec 20 personnes. Il aurait fallu des interlocuteurs privilégiés.

Il aurait fallu intégrer des personnes concernées et intéressées par ce qu'il se passe, c'est comme ça que tu avances le mieux.

Question n°10 : D'après vous, quels on été les leviers de la réorganisation ?

Il y a eu beaucoup d'écoute par les cadres, ils sont su être patients.

Les encadrants étaient proches pour être à l'écoute et faire valoir ce qu'ils voulaient mettre en place.

Ce qui leur a manqué c'est d'être sur le terrain avec eux.

Question n°11 : Selon vous, la réorganisation est-elle terminée ?

Oui / Non

Si, non, pourquoi ? Et d'après vous combien de temps prendra l'organisation à être stabilisée

Oh, non ce n'est jamais fini ça. Au moins 1 an au complet et un suivi du quotidien pour inculquer les protocoles, il faut être derrière les gens pendant au moins 1 an.

Puis on est sur un établissement qui est toujours en mouvement, on sait qu'on va avoir beaucoup de travaux qui vont se passer et qui vont améliorer leur quotidien donc on va encore changer des protocoles dans l'avenir et ça va amener des changements de fiches de poste et du coup ça va forcément mettre du temps. L'adaptation des locaux risque aussi de changer encore certaines fiches de poste.

Question n°12 : Et quelles seraient vos préconisations pour une réorganisation ?

L'amener différemment aux employés, les annonces doivent être apportées avec plus de souplesse et que les choses soient plus construites en amont avant de mettre en place.

Là on a donné beaucoup de responsabilités a des personnes qui étaient très peu sur le terrain et même en poste depuis peu et ça a été compliqué à gérer pour eux, ce que je comprends tout à fait. Il faudrait travailler en amont sur la faisabilité de ce qui a été proposé aux employés avant d'imposer les choses et pas faire le travail deux fois.

Il faut que les choses soient construites correctement sinon ça ne peut pas aller.

Question n°13 : Y-a-t-il d'autres thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de la réorganisation ? Non je pense que c'est assez complet.

Grille d'entretien sur la réorganisation de la Résidence Le Repos Marin

Nom, Prénom : MORANCI Jean-Luc

Fonction : Directeur de la résidence Le Repos Marin

Date de l'entretien : le 27 juin 2019

Heure de l'entretien : 8h30

Cadre et objectif de l'entretien

Actuellement en deuxième année de Master Management des Etablissements Médico-Sociaux à l'Institut d'Ingénierie et de Management de la Santé à Lille, j'ai fait le choix de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'intérêt d'une réorganisation dans la prise en charge des résidents en EHPAD. Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire une rencontre sera organisée avec chaque cadre de la Résidence le Repos Marin afin d'avoir aussi leur regard sur la réorganisation qui s'est opérée en janvier 2019.

Conditions de diffusion

Suite à l'entretien, une retranscription sera communiquée au cadre interviewé pour validation ou pour apport de modifications. Après validation, le contenu sera intégré dans le mémoire, qui sera lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université.

Question n°1 : Présentez-vous ... (nom, prénom, expériences...)

Monsieur Moranci, je suis directeur du Repos Marin depuis le 17 décembre 2018,

Mes expériences : 8 mois de direction dans les Pyrénées d'un EHPAD de 67 lits, 2 ans de direction dans la région parisienne d'un ehpad de 88 lits et formation au sein du groupe Colisée depuis 2014, dans le cadre d'une reconversion professionnelle au sein de la résidence Aimé Césaire et au sein de la clinique SSR de Libourne.

Question n°2 : Globalement, comment avez-vous vécu la réorganisation ?

1. Très bien **2. Plutôt bien** 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Bien.

Je suis arrivé, la réorganisation était déjà toute préparée, pour moi ça a été la découverte d'une nouvelle approche déclinée en plusieurs étapes qui ont été la compréhension de la motivation de cette réorganisation : se recentrer autour du résident par rapport à ses habitudes de vie, à la chronologie des repas, à l'espace entre les différents repas, à l'espace entre les repas du soir et le petit-déjeuner etc., tout ce qui correspond à la chronicité, au temps de jeun.

Ça a accompagné ma prise de poste, j'ai dû faire face aussi au mécontentement des équipes, à l'accompagnement des équipes, à la difficulté d'accompagner le changement lié à l'arrivée dans une nouvelle structure. En plus d'une situation déjà posée, il y a la découverte de l'établissement et des équipes qui a renforcé la difficulté de compréhension de tout ça.

Pour moi, c'est d'ailleurs un objectif à atteindre, un beau défi parce que parce que c'est quand même riche en expériences. Et pour moi ce qui ressort de tout ça, c'est la difficulté du changement, de l'accompagnement au changement des équipes en fait, je pense que c'est ça qui ressort beaucoup. Ce sont des équipes qui ont de la peine, qui n'aiment pas le changement en fait, peut-être plus que dans d'autres régions et l'accompagnement du changement ça c'est quelque chose qui est plutôt lourd. Dans la globalité, c'est ça.

Question n°3 : La réorganisation vous semblait-elle nécessaire ?

Oui / Non

Je ne sais pas, je ne connaissais pas le fonctionnement d'avant donc je ne peux pas vraiment faire le parallèle entre l'avant et le maintenant.

Une chose est sûre, c'est qu'aujourd'hui, 6 mois après la réorg les choses se posent et s'installent.

Les salariés et collaborateurs sont moins dans la revendication et dans le mécontentement. Donc on a le sentiment que la phase de changement s'est imposé à chacun et à chacune. Elle reste un peu complexe pour les résidents et les familles qui ont encore de la peine à comprendre et ils mettent bien en avant le changement récurrent, irrégulier de soignant qui déstabilise un peu le bien-être du résident et je

suis assez d'accord avec cette situation-là. Effectivement côté résident et coté famille, je pense que c'est quelque chose qui, pour les familles qui étaient là depuis très longtemps, les a complètement déstabilisées. Après il y a la relation salarié/famille aussi qui a servi un peu de vecteur au mécontentement des salariés, qui a été renforcé par les familles. Donc ça, c'est aussi une difficulté de la réorganisation.

Donc nécessaire, je ne sais pas parce que je rapporte les propos d'avant qu'on m'a rapporté, je n'en ai pas été témoin directement mais par contre aujourd'hui, j'ai le sentiment que ça s'est posé quand même. C'est beaucoup de choses mais de mon regard extérieur et intérieur en arrivant à la direction, je pense que 6 mois après le constat c'est celui-là, c'est qu'il y a encore des choses à améliorer, c'est certain. C'est une réorg qui a été imposé mais je pense que l'un dans l'autre on y a gagné par rapport à la vie du résident, sur son quotidien.

Question n°4 : Selon vous, la réorganisation a-t-elle permis de se recentrer autour de la vie des résidents ?

Oui / Non

Moi je pense que oui.

Je pense que oui parce que les résidents eux-mêmes l'expriment, ils l'expriment d'une part, certains d'entre eux (des plus autonomes) : Monsieur X, Monsieur Y. Certains ont exprimé la difficulté et l'incompréhension au début de cette réorganisation. Ensuite, un peu plus tard, ils ont quand même accueilli cette réorganisation avec une certaine objectivité et aujourd'hui j'ai le sentiment que chacun des anciens résidents en a tiré quelques bienfaits, à savoir, rencontrer les autres soignants. Ça demande une nouvelle sensibilisation, une nouvelle forme de stimulation, ils s'adaptent à ça assez facilement. Voilà après tout ce qui est temps de jeun dont on parlait tout à l'heure, au niveau des toilettes et tout ça aussi. Je pense que ça a été un bienfait et puis ça nous permet de mieux suivre aussi la vie du salarié au contact des résidents quelque part.

La réorganisation a permis aussi de mettre des audits en place, parce que ça ce n'était pas obligatoirement fait avant et ça a permis aussi de voir qui faisait quoi un peu plus facilement qu'avant. Mais c'est pareil, je n'ai pas la vue d'avant donc je ne sais pas réellement comment tout ça a été objectivé mais je pense que c'est quelque chose, aujourd'hui, qui nous permet un peu plus de suivre le salarié auprès du résident. Mais dans la globalité, je pense que oui, j'espère que oui parce que c'est quand même l'objectif premier de s'intéresser aux résidents.

Question n°5 : D'après vous, comment la réorganisation a-t-elle été perçue par les résidents et leurs familles ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Mal je pense. Les anciennes familles étaient habituées au fonctionnement bien installé, je pense que c'est une fois de plus l'accompagnement du changement qui a été compliqué pour les salariés mais également pour les familles. En dehors du

régionalisme, on est vraiment sur une région avec un fort caractère et une forte identité, on voit bien que les personnes et les familles un peu compliquées sont venues témoigner de leur mécontentement.

Oui, je pense que ça a été mal vécu pour certaines familles bien sûr.

Après la question, c'est : est-ce qu'on fait des choses pour faire plaisir ou est-ce qu'on fait les choses pour aller au bout de notre métier ? C'est-à-dire l'accompagnement de la personne âgée. Donc visiblement avant on avait vraiment quelque chose qui était assez déstructuré sur l'accompagnement de la personne âgée, la prise en soin et l'accompagnement de la dépendance de cette personne. Qui pouvait plaire aux familles entre guillemets ou dans lesquelles les familles se retrouvaient mais à partir du moment, où on constate un dysfonctionnement et qu'on s'interroge sur la vie du résident et qu'on se propose d'être encore plus proche du résident etc. Si ça c'est l'objectif. C'est évident qu'en parallèle ça va véhiculer des mécontentements aussi bien au niveau des salariés qu'au niveau des familles.

Avec l'absence de CVS pendant le premier semestre, on n'a pas eu les retours non plus des familles et on n'a pas eu l'occasion d'expliquer le pourquoi de cette restructuration et je crois que ce manque de communication, fait qu'à un moment donné on est arrivé à une forme de mécontentement.

Le mécontentement, il s'est exprimé par quelques familles, on le voit aussi avec certains indicateurs, à savoir : des événements indésirables un peu plus réguliers, des courriers aussi qui sont arrivés pour faire part de leur mécontentement mais aussi sur des éléments comme l'entretien de la chambre. Je pense que les familles l'ont mal vécu et je ne suis pas surpris.

Question n°6 : D'après vous, comment a été perçue la réorganisation par les équipes ?

1. Très bien 2. Plutôt bien 3. Globalement bien 4. Plutôt mal 5. Très mal

Pareil, c'est un peu ce que je vous disais, vous le verrez dans le témoignage des équipes. Je pense que ça a été mal vécu parce que ça a été un vrai gros changement, je vois au niveau de l'équipe des ASH par exemple le fait qu'elles passent à tous les postes pour connaître tous les rouages de l'établissement, toutes les zones de l'établissement et toutes les nécessités de l'établissement. La plonge par exemple, je pense que c'est un poste sur lequel certaines personnes sont super à l'aise et d'autres sont pas du tout à l'aise.

Est-ce qu'elles ont été accompagnées ? Comment elles ont été accompagnées ? Est-ce qu'ils ont une formation ? Combien de temps ça a duré ? Et un accompagnement à la formation ?

Tout ça je ne suis pas sûr qu'on ait pris le temps de faire ça, donc les gens se sont adaptés tant bien que mal, les personnes plus à l'aise naturellement sur cette situation là on peut-être aussi accompagné les moins à l'aise, mais je pense qu'on peut encore faire un peu plus dans l'accompagnement et donner des pistes pour soulager la pression que génère le changement en fait.

Faire une chambre ce n'est pas la même chose que servir un repas, ce n'est pas la même chose que faire la plonge, ce n'est pas la même chose que faire l'entretien dans une infirmerie. Donc je pense qu'avant les ASH, elles faisaient leur distribution de petit déj, elles faisaient des chambres avec la quantité qu'on leur demandait par jour. Là, on a renforcé, on a encore rajouté d'autres choses, hier on a eu la formation produit avec une partie de l'équipe, quand j'ai dit « on va aller à l'infirmerie pour voir ce qu'on peut faire, ce à quoi on touche, ce à quoi on ne touche pas avec les infirmiers », la première des choses, ça a été de dire « ça y est, on fait tout ici quoi ».

Donc obligatoirement on leur a demandé beaucoup de choses, on leur a imposé beaucoup de choses. Je pense qu'elles l'ont mal vécu, après se pose la question du "est-ce qu'on fait quelque chose en attendant l'accord de nos équipes, de nos collaborateurs ou est-ce qu'on garde un objectif bien clair en termes de direction ? On se dit notre établissement change l'organisation pour tel motif et telle raison.

Donc est-ce qu'on lance un objectif ? Pourquoi on met en place cet objectif ? Comment on l'accompagne et comment on l'impose aux équipes ? Est-ce qu'on impose des gens : « voilà, à partir de demain ça va être comme ça pas autrement » ou est-ce qu'on est dans l'échange ?

Moi je pense qu'aujourd'hui, on n'est pas très bon : " qu'est-ce que vous en pensez ? Amenez-moi vos idées, moi je vous propose les miennes ». On construit quelque chose ensemble et quand on construit quelque chose ensemble, il faut revenir et reprendre rapidement la place de leadership. Sinon on se fait bouffer par les équipes en fait donc bien garder le cap mais en même temps aller vers les équipes pour avoir une bonne communication et puis s'améliorer dans le changement qu'on veut opérer ou alors le faire de façon autoritaire mais c'est comme ça. L'un dans l'autre il faut trouver la bonne façon.

Peut-être que 6 dans mois ça va être l'occasion de dire alors redites-nous comment vous vivez aujourd'hui votre réorg et s'il y a vraiment des choses qui sont lourdes et compliquées, on peut encore à nouveau essayer d'améliorer.

Je reviens sur la plonge par exemple au niveau des ASH, même si aujourd'hui elles le font, peut-être que demain on peut se poser la question de remettre un poste de plongeur qui ne ferait que ça ? Ça fait partie de la flexibilité d'une réorg, à mon avis cette flexibilité-là, il faut savoir l'avoir. Sinon on va générer des échanges qui ne vont pas sortir tout de suite mais qui a un moment donné vont re sortir au titre de mécontentement avec à nouveau des indicateurs à la hausse : des arrêts de travail, des arrêts maladie, des personnes qui n'arrivent pas etc.

Donc ça c'est vraiment, moi, c'est ce que je regarde aujourd'hui : la fréquence de perte des appareils auditifs, l'arrêt de travail...

Je pense qu'en Décembre prochain on pourra se dire voilà on a on a fait un bon bout de chemin et je pense qu'il faut faire le bilan de ça et pour faire le bilan il faut auditer, il faut regarder, il faut observer, il faut aller à la rencontre des familles, des résidents, des salariés et écouter etc. pour se dire bon là on est dans le bon ou là les équipes souffrent encore donc comment on peut améliorer leur quotidien.

Question n°7 : Quelles explications de la réorganisation ont été données aux équipes ?

Je ne sais pas.

Avant la réorg je ne sais pas après, ça a été toujours le fait que chaque salarié connaisse tous les résidents au lieu de se cantonner à une liste de résident, que chaque soignant connaisse tous les résidents qui permet d'être plus opérationnel lorsqu'on a un taux d'absentéisme qui est trop important ou un turnover trop important ce qui était visiblement le cas dans les années précédentes.

Côté ASH, c'est pareil connaître chaque poste pour pouvoir suppléer à l'absence des collègues et /ou mettre en place le mode essentiel, ça me paraît aussi important.

Peut-être aussi dépister dans les équipes quels sont les éléments moteurs, alors ça c'est un peu plus management d'équipe, mais pour pouvoir s'appuyer sur eux pour amener un projet futur mais ça je ne pense pas qu'on le présente aux équipes.

Moi dans les deux réunions que j'ai faites c'est ça que j'ai mis en avant en fait, c'est vraiment cette connaissance globale de la structure, de chaque zone de l'établissement, de chaque poste, une connaissance globale des résidents. Là aujourd'hui, on a mis en place le point com' du matin à 9h15, mais c'est aussi une réflexion sur comment l'information passe dans les équipes, la communication entre les différents services d'un établissement, comment l'information est traitée, est-ce qu'elle est bien prise par le collaborateur, bien intégrée ? Pas toujours bien sûr. Par exemple, la continuité dans l'information, si on a un changement de texture, ce changement de texture il est constaté par qui ? il est impliqué par qui ? Souvent des raisons médicales, il part du med co et/ou de l'infirmière coordinatrice, il passe par la cuisine, des cuisines, l'information comment est-ce qu'elle arrive aux ASH ou aux soignants qui font des aides alimentaires ? Alors soignant, c'est plus au niveau des transmissions qu'ils vont avoir cette information-là. Mais l'ASH ou est-ce qu'elle a l'information ? est-ce qu'elle a intégré et compris ? est-ce que l'information sur les chariots de maintien au chaud est claire ? Ce n'est pas évident donc tout ça, c'est des éléments si ça pas été donné comme ça c'est peut-être encore là-dessus qu'il faut retravailler par exemple.

On a mis en place le CLAN avec chaque poste de l'établissement : on a un membre de la direction, l'IDEC, infirmier, AS, ASH, gouvernante et cuisine également mais c'est vraiment ça l'idée, par exemple au niveau de l'alimentation, c'est un super exemple parce qu'on voit bien que si on change un truc d'un côté comment on fait pour que tout le monde ait bien l'information.

Un exemple tout bête on a travaillé sur l'hydratation à quoi correspond 50 centilitres, est-ce que c'est un verre à moitié plein ou trois quarts plein ? Donc on a travaillé sur le support avec des grandes photos ? pareil pour le bol etc. Mais une question est ressortie : " Est-ce que c'est la personne qui a mis le plateau en chambre pour le petit-déj' qui récupère le plateau et qui dit « ah tiens monsieur ou madame elle a consommé 50 centilitres d'eau » ou est-ce que c'est une autre personne qui fait la tournée globale

et c'est elle qui va noter ? Ça c'est des vraies questions, il y a plein, plein, plein d'interrogation à se poser et ça je pense qu'il faut continuer à l'expliquer aux salariés mais je ne pense pas qu'avant ça ait été expliqué parce qu'on ne savait peut-être pas trop on allait non plus en fin de compte,

Recentrer les résidents au cœur des journées, oui mais ça veut dire quoi ? Parce que vous avez le taux de dépendance, un résident hyper dépendant ou un accompagnement de fin de vie, c'est pas du tout la même chose qu'un résident autonome avec un GIR 5 / 6 ou un 3 / 4, c'est pas du tout la même approche. Donc il faut se positionner, c'est pareil avant, il y avait ce côté, ailes E et F ou on avait tous les résidents de forte dépendance quelque part pour pas qu'on les voit. Aujourd'hui, on essaie je ne sais pas si on a toujours ça à l'esprit au niveau de Rachel mais la mixité de mettre des personnes un peu plus autonomes avec les personnes un peu plus dépendantes, ça, ça a dû les bousculer aussi les anciens. On va essayer de créer des petits groupes de dépendance équivalente. Mais en même temps, on va rajouter des personnes avec une dépendance un peu plus importante, ça peut essayer d'équilibrer ou apporter un peu plus de vie quelque part, garder un sens avec la vie réelle. C'est ça aussi la réorganisation en fin de compte mais je pense que quand vous arrivez avec des nouvelles idées comme ça : « on va faire ça, parce que si parce que ça, ça va être comme ça », évidemment qu'on y avait des habitudes installées depuis X temps et évidemment que ça bouscule les gens.

Question n°8 : Selon vous, comment a été définie la réorganisation dans le temps ?

I don't Know. Avant je ne sais pas, mais ce que je disais tout à l'heure qu'à 1 an, il faut revenir vers les salariés.

Et 2e semestre on va avoir le CVS qui va pouvoir aussi nous apporter des éléments côté famille mais côté salarié aussi, je pense qu'il faut aussi à la rentrée de septembre faire un bilan, revenir un petit peu vers eux, faire des réunions de proposition et d'analyse. Et là on va voir un petit peu si des gens s'expriment déjà, mais à l'oral pas par voie d'un support numérique ou internet etc. Juste savoir ce que les gens ont envie de dire et est-ce qu'on continue à avancer dans ce sens-là ?

Vous savez il y a des structures ça fait 2 ans qu'il y a eu une réorg visiblement, ils en parlent encore donc ça dépend. Long ou pas long je ne sais pas ça dépend vraiment de l'échelle du temps qu'on se donne au titre d'analyse mais sincèrement je pense que sur un établissement comme ça avec une forte identité, je pense que c'est plus long qu'on ne le pense.

Mais le manager que je suis dit " faut pas considérer ça comme acquis aujourd'hui, à six mois pour moi ce n'est pas acquis du tout et il faut vraiment garder à l'esprit, qu'on peut mieux faire, toujours mieux faire et qu'il faut revenir vers les collaborateurs.

Alors avec les familles, je suis un peu plus vigilant, parce que tout peut être prétexte aussi, je pense qu'on s'est amélioré sur certaines choses peut-être au détriment d'autres éléments. Je pense à l'hébergement par exemple, aujourd'hui dans les audits

qualité et dans les audits hébergement, on voit la capacité du collaborateur à intégrer l'information, à comprendre ce qu'on lui demande et à s'améliorer. Ça, ça ressort un petit peu. Il y a des gens avec qui vous faites l'audit c'est nickel et des gens avec qui vous faites un audit et c'est moyen et on leur dit « bon, on refait un autre audit dans quelques temps » à tout hasard bien sûr et on compare. Et quand on compare, on voit que c'est toujours pareil ou que les gens s'améliorent. On connaît un peu plus les salariés évidemment mais il y a ceux qui disent « bah oui c'est vrai que là je ne suis pas bon donc je vais faire un effort » et c'est ça qui est intéressant dans cette démarche d'audit.

Mais moi, je pense qu'on a donné un nouveau cadre en fait par rapport à cette organisation. Et ce nouveau cadre, il correspond au changement de management de groupe, de label de groupe et au changement de direction aussi en fin de compte : c'est ça on met un nouveau cadre avec des choses qu'on équilibre. La transparence des informations, l'équité salariale, l'équité en termes de traitement du personnel, le respect, ce fameux esprit CORE on n'en entend pas encore trop parler au niveau des équipes. Mais la cohésion d'équipe, le rapprochement des salariés, le respect entre eux etc., ça c'est quelque chose qu'il faut savoir mettre dans les échanges à un moment donné. Donner un objectif et un cap aux équipes pour savoir ce qu'on veut atteindre comme type de prise en charge ou en soins. Et puis équilibrer ce qui ne va pas, de se dire que, en fait quand Colisée est arrivé le point a été fait sur les salariés qui étaient en arrêt de maladie longue durée, le salarié qui visiblement profitait aussi du système etc. Donc il y a eu une mise à l'écart de ce type de collaboration, il y a eu une intégration de certains collaborateurs qui faisaient des CDD de remplacement sur les postes à qui on a proposé des CDI. La création de poste CDI en plus et tout ça, c'est aussi un geste, une preuve de reconnaissance de l'employeur par rapport à ces gens qui sont là depuis longtemps et ceux à qui on a fait des promesses qu'on n'a jamais tenu quoi. Donc tout ça, je pense que l'un dans l'autre on verra dans 1 an. Je pense que là c'est encore un peu nouveau mais je pense qu'on va voir comment les choses vont se poser et si elles ne se posent pas c'est qu'on n'est pas bon mais ça se pose déjà depuis quelques semaines, depuis même deux mois. J'ai envie de dire qu'on commence à avoir des indicateurs qui se calment.

Les rails de transfert pour les soignants c'est pareil ça c'est un élément supplémentaire mais qui va dans le bon sens vis-à-vis aussi de la réorganisation, c'est à dire que ce qu'on a pu imposer aux soignants au titre de connaître bien les résidents, on a rajouté des outils travail pour accompagner les gens sur la sécurité au travail, sur l'information concernant la sécurité, le retour d'accident du travail pour analyser leurs difficultés être force de proposition sur leurs difficultés. En fin de compte, ça peut s'équilibrer en ayant une bonne communication et ça passe aussi par une bonne communication avec les délégués du personnel.

Question n°9 : D'après vous, quel ont été les freins à la réorganisation ?

Le manque de communication peut être. La forte identité parce que c'est un établissement ancien avec des équipes qui sont anciennes et qui ont donc une forte identité et puis le bouleversement en termes de directoire, on a quand même vécu

dans l'espace d'un an, 4 directions différentes. Je pense que ça a aussi déstabilisé les équipes, qui ont eu un peu de la peine à voir où est-ce que Colisée veut aller avec tout ça, enfin j'imagine. J'imagine : "oh encore un nouveau directeur" quand est-ce que ça va s'arrêter, que ça va se calmer" je pense et puis "qu'est-ce qu'il va nous imposer ?".

Et créer un lien de confiance aussi entre la direction et les collaborateurs, de la reconnaissance, de l'équité enfin tout ça, c'est vraiment trois valeurs qui sont super importantes. Mais je pense que les freins ça a été tout ça. On ne les a pas épargnés. Après la reconnaissance est passée aussi par tout ce qui est primes avec la prime d'assiduité. Ce sont des gestes qui montrent la volonté de poser quelque chose de stable en fait parce qu'entre les salariés qui sont maltraités ou qui ne sont pas dans une démarche de confiance, qui savent qu'ils ne peuvent pas communiquer avec la direction parce que c'est trop descendant etc. et des salariés à qui on dit « voilà on se pose on va organiser. On va revenir vers vous pour avoir vos éléments à vous, on va rééquilibrer tout ce qui est salarial, on va être transparent, on va rentrer dans une ère de communication aussi. On va récompenser l'assiduité mettre à jour les compléments individuels aussi pour que tout le monde ait la même base de salaire » donc tout ça, je crois que c'est des éléments forts. Et ensuite poser une stabilité, c'est-à-dire que la direction n'est pas là pour changer dans 6 mois.

A titre d'exemple l'autre jour il y a un salarié qui est venu me voir pour une problématique de contrat et qui me dit : « je sais de toute façon qu'avec vous je peux avoir confiance ». Pour moi, c'est des petites phrases, c'est sympa pour moi mais c'est des choses qui sont intéressantes à entendre parce que la personne d'abord le formule, le dit, le verbalise et ça s'est installé. Si on n'a pas une équipe de collaborateurs qui va dans le bon sens et qu'il n'y a pas la confiance avec la direction, on aura une mauvaise communication avec les familles, on aura une mauvaise prise en charge des résidents côté soin, côté hébergement c'est pareil : le travail ne sera pas fait correctement. Enfin de compte je pense que la base elle est vraiment là, ce n'est pas nous directeur qui tenons le pouvoir moi, j'ai la certitude qu'une équipe de salariés qui est maltraitée, qu'on traite avec malveillance etc. C'est eux qui détiennent le pouvoir s'ils veulent quelque part, nous on a le code du travail. On a la loi avec nous mais quelque part c'est toute une entité globale qui fait que ça peut bien marcher. Non ça j'en suis convaincu après faut rester sur l'échange, toujours.

Question n°10 : D'après vous, quels ont été les leviers de la réorganisation ?

Je reste convaincu que c'est la communication, se rapprocher des équipes. Il faut savoir où l'on va. Une direction si elle impose quelque chose sans savoir pourquoi, le collaborateur ne va pas comprendre. Si l'on sait où on va, si c'est quelque chose de plutôt cohérent et que c'est très clairement communiqué. Je pense que c'est un premier point super important : montrer aux collaborateurs ce qui marche bien. Donc là, ça veut dire se rapprocher des résidents, se rapprocher des familles.

Et ensuite les valoriser, rechercher les éléments clés dans l'organisation. Montrer les vrais succès de cette réorganisation, il faut que nous-même on soit convaincu de ce qu'on a mis en place et mettre les choses en avant, il y a toujours du positif et en découle toujours quelque chose de négatif. Oui, « mon parent, il va mieux depuis qu'il est chez vous mais en parallèle vous savez le ménage quand je suis passé l'autre jour,

il était 14h et ce n'était pas encore fait... ». Donc tout ça, fait que ça nous permet de rester vigilant mais je pense que dans les organisations c'est la communication le plus important. Je pense que la communication, elle a été un peu plus présente premier semestre en ce qui me concerne et ce qui concerne l'équipe de direction. Le fait qu'il ait une bonne entente aussi, ça c'est sûr, de toutes façons vous savez, si vous n'avez pas ces 4 cadres-là qui s'entendent bien c'est compliqué : MEDEC, IDEC, Chef Gérant cuisinier, direction et adjoint si ça passe mal c'est compliqué Je pense aussi que c'est un bon levier.

Question n°11 : Selon vous, la réorganisation est-elle terminée ?

Oui / Non

Si, non, pourquoi ? Et d'après vous combien de temps prendra l'organisation à être stabilisée

C'est vraiment quelque chose que je garde à l'esprit. Ce n'est jamais acquis, que ce soit la vie professionnelle, la vie perso etc., rien n'est jamais acquis. Alors faut pas non plus se tirer une balle dans le pied et dire mais ça ne marchera jamais et que c'est trop long et trop dur, il faut avoir un regard objectif et positif, un objectif à atteindre qu'on se fixe et qui reste cohérent, c'est quelque chose à mon avis qui est important. Et se demander qu'est-ce qu'on met comme outil en place pour atteindre nos objectifs et comment on contrôle la bonne intégration des objectifs.

Question n°12 : Et quelles seraient vos préconisations pour une réorganisation ?

C'est partir d'un postulat quel qu'il soit. Expliquer pourquoi ce postulat n'est pas satisfaisant ou comment et pourquoi on souhaite l'améliorer. Proposer un plan d'action, en expliquant les motivations de ce plan d'action, ouvrir la réflexion aux collaborateurs et collaboratrices. Et mettre en place, comme un planning de Gantt, mettre en place les différentes phases du projet et démarrer le projet. Ensuite faire un premier état des lieux peut-être à 6 mois et refaire un état des lieux de façon récurrente ou peut-être deux fois dans l'année pour pouvoir voir les pistes d'amélioration, les éléments supplémentaires qu'ont apporté la réorganisation et réadapter si on n'est pas bon.

Question n°13 : Y-a-t-il d'autres thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de la réorganisation ?

Des moyens qu'on met à disposition, parce que oui une réorg peut mettre en avant aussi un manque de moyens, un manque de matériel, un manque de temps, un manque de réflexion, etc. Donc elle doit être accompagnée aussi de moyens supplémentaires ou d'une analyse des besoins et des moyens qu'on met en face de ces besoins. Exemple typique : les charriots de maintien au chaud, on a un établissement qui est très long en terme de surface, en longueur ce bâtiment, c'est sûr que si on amène depuis la cuisine, qui est complètement à l'opposé au bout de l'aile E là-bas un plateau et qu'il arrive avec 2 degrés de différence alors que la norme nous impose pas ça et qu'il est lourd pour le salarié etc., là effectivement, il faut vraiment qu'on apporte les moyens pour que la réorganisation imposée aux collaborateurs permette de se mettre en place.

Annexe VII : Analyse des résultats des entretiens avec les résidents

1- Depuis combien de temps résidez-vous au sein du Repos Marin ?



2- Depuis votre arrivée dans la résidence avez-vous pu apercevoir des changements dans la résidence ?



Commentaires :

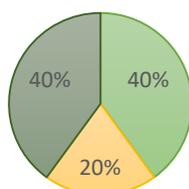
- Changement dans les repas
- Travaux de peinture et des rails
- Il y a eu des changements mais je ne m'occupe pas beaucoup de tout ça

Quels sont ces changements ?

- Heures des repas, le soir on mange plus tôt, à 18h15 on est à table alors qu'avait c'était 18h30
- La nuit ils ne sont pas assez nombreux
- Il y a eu 3 étapes dans le changement, les deux premières années avec le directeur ça se passait bien. Il était en fin de parcours, avec la vente Colisée il est resté un an de plus. Le gros changement c'est, qu'avant personne ne changeait de service, chacun avait son aile et c'était agréable, le personnel était habitué au résident et vice et versa. Les ASH ont eu des téléphones, ça a perturbé leur tranquillité. Il y a aussi eu un changement de direction, d'IDEC. Et il y a eu beaucoup de travaux.

Si, oui, ces changements vous ont-ils dérangé ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas



Commentaires :

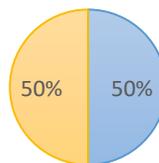
- Oui et je précise que c'est une chose que je veux essayer de faire. Je souhaiterais connaître tous les responsables de chaque équipe, il y a certains rôles que je ne comprends pas.
- Le soir c'est trop tôt, avant on bavardait dans le salon jusqu'à 7h30

Estimez-vous que ces changements aient perturbés votre quotidien ?

- Perturbés parce que tous les matins ça change, pour la toilette ce n'est pas grave. Ce qui me gêne le plus, c'est au niveau du ménage, on ne sait pas qui vient, ce n'est jamais la même personne. 1 personne apporte le petit déjeuner, une autre débarrasse, les infirmiers passent, puis les AS. Tout le monde ne connaît pas mes habitudes. Pour le nettoyage, on a deux pièces étant donné qu'on vit ici en couple avec ma femme. Il manque d'information sur qui vient pour expliquer mes habitudes.
- Oui, le soir on peut plus bavarder de la journée qu'on a passé. On nous couche trop tôt.
- Non pas du tout, ça n'a rien perturbé, je fais toujours mon petit traintrain.

3- D'après-vous, de quand datent les changements ?

■ 1 mois ■ 3 mois ■ 6 mois ■ Je ne sais pas



Commentaires :

- En juin 2018, à l'arrivée de l'ancienne directrice
- Le directeur a été changé, je ne vois pas ce qui a changé de plus
- Je dirais 2/3 mois, ces temps-ci il n'y a pas assez de personnel

4- Considérez-vous que vos habitudes de vie soient respectées ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

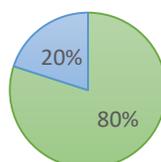


Commentaires :

- Les heures de toilette varient, elles demandent si on veut que ça soit tout de suite ou plus tard.
- Je me couche et je me lève comme je veux

5- Considérez -vous que vos relations avec les équipes soient suffisantes ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas



Commentaires :

- Quand elles n'ont pas le temps de terminer une conversation, ce n'est pas grave on la continue le lendemain.
- Oui c'est normal
- Rapports très bons
- C'est difficile de juger, je suis un grand bavard, ça peut déranger s'ils n'ont pas le temps. Il y a des jeunes qui aiment rigoler, j'essaie de créer une ambiance détendue.
- Certaines oui, j'ai des affinités avec des personnes

6- Considérez -vous que l'organisation de la résidence s'adapte à votre rythme de vie ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

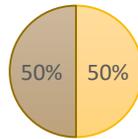


Commentaires :

- Beaucoup d'animations, hier ils ont fêté les anniversaires
- Je suis obligé de suivre, quand j'étais chez moi ce n'était pas pareil
- Ça dépend des points de vue, il manque de faire sortir les gens. Les repas sont longs, ça pourrait aller plus vite.

7- D'après-vous, quel est le moment le plus important de la journée ?

■ Le lever ■ La toilette ■ Les animations ■ Le goûter ■ Le coucher ■ Le déjeuner ■ Le diner

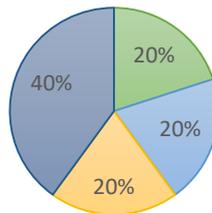


Commentaires :

- Pas de moment particulier, on suit le mouvement
- Les animations mais le goûter aussi

8- D'après le temps fort identifié à la question précédente, pensez-vous que votre rythme de vie soit respecté ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas

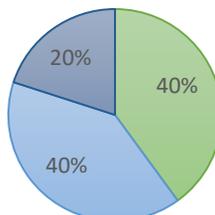


Commentaires :

- On ne peut pas prendre de douche quand on veut

9- Les heures de repas vous conviennent-elles ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas



Commentaires :

- On est obligés de suivre
- Ça ne me gêne pas
- Mais le soir c'est un peu tôt

10- L'organisation de l'établissement en termes d'horaires vous a-t-elle été présentée et expliquée ?



Si oui, qu'en avez-vous retenu ?

- Ça aurait été bien
- Les heures de repas oui, mais je n'ai pas eu connaissance des horaires des bureaux ni des jours de repos
- Les horaires ne me gênent pas

11- Comment caractérisez-vous le travail du personnel ?

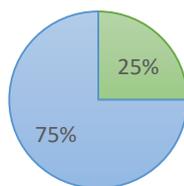
- Du côté médical, elles font ce qu'elles peuvent, elles prennent le temps de bavarder
- Du côté des cuisines, rien à dire, mais ces temps-ci ce n'est pas bon
- Normal, ils ont du mérite, ils sont sympathiques. Tout le personnel est sympathique
- Globalement correct, c'est un métier que tout le monde ne peut pas faire. C'est difficile de travailler avec des vieillards. J'applaudis que des gens fassent ce métier-là.

12- Quelles sont vos attentes ?

- On aimerait des sorties
- J'étais déjà en EHPAD depuis longtemps, je savais comment ça marchait

13- Est-il à la hauteur de vos attentes ?

■ Oui tout à fait ■ Plutôt oui ■ Plutôt non ■ Non pas du tout ■ Ne se prononce pas



Commentaires :

- Oui je n'en attends pas davantage
- Oui elles sont toutes gentilles
- Elles font ce qu'elles peuvent, parfois elles sont en retard mais ce n'est pas de leur faute

14- Y-a-t-il des thèmes que vous souhaiteriez aborder au sujet de l'organisation de l'établissement et de vos journées ?

- C'est une chance d'être encore à deux
- Non
- A Parempuyre on pouvait sortir

L'organisation du travail en EHPAD

Quelle réorganisation possible dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD ? L'exemple du

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des structures où se mêlent lieu de vie pour les résidents et lieu de travail pour les équipes. Les différentes évolutions du secteur liées à la réglementation, à l'évolution des profils des personnes accueillies et à la privatisation du secteur ne cessent de modifier l'organisation du travail en EHPAD. De ces évolutions émanent de nouvelles organisations à mettre en place pour pouvoir allier une qualité de prise en soins optimale des résidents et une qualité de vie au travail pour les professionnels. La réorganisation de l'EHPAD Le Repos Marin avait pour principal objectif de se recentrer autour de la vie des résidents. L'analyse établie suite à ce changement organisationnel permet de nous interroger sur le sens que l'on souhaite donner à l'accompagnement des usagers. Par accompagnement il convient de prendre en compte les équipes pour permettre l'atteinte des objectifs établis dans le cadre de la conduite du changement. C'est le sens donné à ce changement qui va permettre d'impliquer l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, le partage de valeurs et d'une identité commune. Des facteurs tels que le management, le soutien et la communication vont être déterminants dans la mise en place d'une conduite du changement.

Mots clés : EHPAD, Organisation, Prise en soins, Qualité de vie au Travail, Conduite du changement

The organization of work in Retirement Home

What possible reorganization in the care of the elderly in retirement homes ? The example of Le Repos Marin

Retirement homes are structures where are mingled life of the patients and work of the caregivers. The various developments in the sector linked to regulation, the evolution of the profiles of the people hosted and the privatization process of the sector are constantly changing the organization of work in retirement home. These evolutions are the result of new organizations to be set up in order to be able to combine an optimal quality of care for residents and a quality of life at work for health professionals. The main objective of the reorganization of the Nursing Home "Le Repos Marin" was to refocus on the lives of the residents. The analysis established following this organizational change allows us to question the meaning we wish to give to user support. By accompaniment, it is advisable to take into account the teams to enable the achievement of the objectives established within the framework of change management. It is the meaning given to this change that will make it possible to involve the entire multidisciplinary team, the sharing of values and a common identity. Factors such as leadership, support and communication will be decisive in the implementation of change management.

Key words: Retirement Home, Organization, Caregiving, Quality of Work Life, Change Management