



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-Social Public**

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**La démarche Haute Qualité d'Usage :  
un nouvel outil managérial pour  
répondre à la qualité de vie des  
personnes âgées et aux conditions de  
travail des professionnels**

**Exemple du Centre Emma Ventura en Martinique**

---

**Agnès FROUX**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Frantz VENTURA, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fort de France qui m'a permis d'effectuer mon stage professionnel au sein du Centre Emma Ventura.

J'exprime une reconnaissance particulière à Madame Viviane ROBINEL, Directeur du Centre Emma Ventura et maître de stage, qui m'a accueilli chaleureusement. Sa disponibilité, ses conseils avisés et la confiance qu'elle a su me témoigner chaque jour durant les huit mois m'ont permis d'enrichir mon stage de professionnalisation.

Je remercie aussi toute l'équipe de Direction et les cadres du Centre Emma Ventura qui par leur sympathie et leur collaboration ont répondu à toutes mes sollicitations, sans lesquels la réalisation de ce mémoire aurait été difficile.

Mes remerciements vont également à Madame Nicole ELANA, ergonome au CHU de Fort de France, qui m'a accompagnée et a été une aide précieuse tout au long de ma démarche.

Je remercie l'ensemble du personnel du Centre Emma Ventura pour leur dialogue constructif lors de mes entretiens, leur professionnalisme, leur dévouement et leur désir d'offrir à nos aînés un coin de ciel bleu au quotidien.

Je souhaite aussi associer les résidents, les familles et les bénévoles pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont porté au projet.

Enfin, un immense merci à Thimothé, ma famille et mes amis pour leur aide, leur patience, leur compréhension et leur soutien permanent dans l'accomplissement de ce mémoire.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE ET UN DEFI POUR LE CHU DE FORT DE FRANCE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Les projections démographiques du vieillissement pour une action     géronologique évolutive .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un vieillissement de la population généralisé : un réel défi .....	7
1.1.2 Une espérance de vie de plus en plus élevée .....	8
<b>1.2 La Martinique, une région qui a vieilli très vite ... et qui va vieillir plus vite     que la plupart des régions françaises dans les années à venir .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Les principales caractéristiques de la Martinique .....	9
1.2.2 Importances disparités territoriales .....	11
<b>1.3 La prise en compte du vieillissement au sein des structures d'accueil.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Le vieillissement et ses conséquences.....	12
1.3.2 La dépendance : un facteur fondamental à prendre en compte .....	13
<b>1.4 De l'hospice d'hier au Centre Emma Ventura .....</b>	<b>14</b>
1.4.1 Historique du Centre Emma Ventura .....	15
1.4.2 Place actuelle du Centre Emma Ventura dans le dispositif de soins.....	16
<b>2 LE PROJET DE REHABILITATION/CONSTRUCTION, UNE DEMARCHE INNOVANTE ET UNE MISE EN ŒUVRE DE LA FILIERE GERIATRIQUE .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Les bases de la démarche utilisée : une démarche participative .....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Les objectifs de la démarche .....	19
2.1.2 La méthodologie utilisée .....	20
<b>2.2 Un état des lieux préoccupant.....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Le constat d'une architecture vétuste et de l'inadaptation architecturale de l'institution pour des personnes âgées .....	26
2.2.2 Des conditions de travail pénibles pour les professionnels .....	28
<b>2.3 Le projet de réhabilitation/construction : une opportunité à la mise en     place de la filière gériatrique et une prise en compte de données     réglementaires et techniques .....</b>	<b>29</b>
2.3.1 Une filière gériatrique pour répondre à de nouveaux besoins en forte croissance .....	29

2.3.2	Un contexte législatif et réglementaire important à considérer.....	32
<b>2.4</b>	<b>Une nécessaire réhabilitation du Centre Emma Ventura : un projet d'envergure .....</b>	<b>34</b>
2.4.1	L'architecture : une ressource pour les résidents comme pour le personnel .....	34
2.4.2	L'impact de la loi du 11 février 2005 sur la structure .....	35
<b>3</b>	<b>LE MANAGEMENT DE LA QUALITE DES ESPACES DE VIE, UN ELEMENT STRUCTURANT POUR UNE ARCHITECTURE OPTIMISEE.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Centrer son regard sur l'usage : un changement culturel .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	Prendre en compte un nouveau concept : « la convenance » .....	37
3.1.2	Développer une nouvelle notion : la qualité d'usage .....	38
<b>3.2</b>	<b>Une démarche innovante ... un changement radical de méthode et un guide pour l'action : la démarche Haute Qualité d'Usage .....</b>	<b>40</b>
3.2.1	Encourager la démarche HQU : une démarche émergente .....	40
3.2.2	Evaluer la qualité d'usage tout au long du projet architectural .....	42
<b>3.3</b>	<b>L'appréciation de la qualité des espaces de vie : une démarche participative et une méthode.....</b>	<b>45</b>
3.3.1	Impulser une démarche participative.....	45
3.3.2	Apprécier la qualité d'usage des espaces de vie : une méthode centrée sur le confort d'usage.....	48
<b>3.4</b>	<b>La nécessité de conduire une politique volontariste basée sur l'architecture, véritable outil de management .....</b>	<b>49</b>
3.4.1	Elaborer un projet architectural en adéquation avec le projet de vie : gage de réussite.....	49
3.4.2	Etre le maître d'ouvrage, c'est être le « manager » du projet.....	51
<b>3.5</b>	<b>Penser la maison de retraite « de demain » pour répondre aux besoins des personnes âgées et des professionnels .....</b>	<b>52</b>
3.5.1	Respecter scrupuleusement les étapes d'un projet architectural .....	53
3.5.2	Concevoir les espaces de la maison de retraite de demain .....	54
	<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADEME	Agence De l'Environnement et de la Maîtrise d'Energie
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APD	Avant Projet Définitif
APE	Accessibilité et de la Perception de l'Espace
APS	Avant Projet Sommaire
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CCTP	Cahier des Clauses Techniques Particulières
CERTU	Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les Constructions Publiques
CEV	Centre Emma Ventura
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRIDDEV	Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDE	Direction Départementale de l'Équipement
DGUHC	Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DPLG	Diplômé Par Le Gouvernement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
EDF	Electricité De France
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPA	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ERP	Etablissement Recevant du Public
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressource

GMP	GIR Moyen Pondéré
HQE	Haute Qualité Environnementale
HQU	Haute Qualité d'Usage
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MDR	Maison De Retraite
MOP	Maîtrise d'Ouvrage Publique
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PTD	Programme Technique Détaillé
SESAG	Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane
SFTAG	Société Française de Technologie pour l'Autonomie et de Gérontechnologie
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TMS	Trouble Musculo-Squelettique
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

« *L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée des personnes âgées dépendantes. L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité et favoriser orientation et déplacements dans les meilleures conditions de sécurité* » Article 2, Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes en institution.

La France comme les autres pays de l'Union Européenne voit sa pyramide des âges s'élargir de plus en plus vers le haut avec le vieillissement de la population. Cette modification dans la structure par âge de la population française fait que la part des personnes âgées de 60 ans et plus et surtout celle des personnes âgées de 85 ans voire plus, atteignent des niveaux jamais égalés jusque là. Ce phénomène du vieillissement de la population entraîne de profondes transformations économiques et sociales qui doivent être prises en compte dans l'élaboration des politiques publiques. La Martinique ne déroge pas à ces changements démographiques et les pouvoirs publics doivent être prêts à anticiper les besoins de demain qui vont résulter de ce vieillissement.

Aujourd'hui, la population de la Martinique vieillit, de façon inéluctable et plus rapidement que celle des autres départements et régions d'Outre-mer, plus rapidement aussi que celle de la France hexagonale. Avec l'âge, viennent la maladie et parfois la dépendance qui entraînent souvent la nécessité de trouver une structure d'hébergement quand la famille ne peut pas, ou ne veut plus, accueillir comme ce fut le cas « *en tan lontan*<sup>1</sup> ». Selon une enquête réalisée en 2005 par le Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane (SESAG)<sup>2</sup>, dans 2 cas sur 3, l'hébergement a été demandé par les familles.

Qu'il s'agisse d'hospices transformés ou de structures plus récentes, les aménagements des institutions ne répondent que rarement à des objectifs précis, tels que faciliter les déplacements en fauteuils roulants des résidents, prévenir les accidents, pallier les handicaps physiques, bref, créer simplement, au sein de ces espaces de vie, un climat de bien-être, de confiance, voire de sérénité. Les établissements accueillant des personnes âgées sont souvent anciens et vétustes, le Centre Emma Ventura (CEV) n'échappe pas à ce constat. Il fait partie intégrante du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fort De France. Trente cinq ans après sa construction, de nombreuses difficultés émaillent son fonctionnement. L'instruction d'une architecture nouvelle ne suffit

---

<sup>1</sup> Traduction : Autrefois.

<sup>2</sup> Le SESAG est un échelon déconcentré de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

pas à optimiser la qualité de vie, cela va beaucoup plus loin. Le bâti influence directement les conditions d'existence des résidents en institution. Il peut réduire notamment les risques de dépendance, faciliter la mobilité, rasséréner les familles comme il peut agir à l'inverse.

L'enjeu est non seulement d'améliorer le cadre de vie des résidents mais aussi d'apporter une réponse pertinente aux contraintes de travail des professionnels. En effet, le personnel démotivé doit pouvoir retrouver dans ce projet des élans de motivation et lancer ainsi une nouvelle dynamique au sein des unités de soins. Le personnel s'est montré très attentif et très impliqué dans ma démarche, dans un souci permanent de répondre aux besoins des résidents avec la recherche accrue d'une qualité de vie. Le directeur doit, par ailleurs, s'interroger sur la qualité de la prise en charge des résidents et les conditions de travail au sein de l'établissement qu'il dirige et se donner les moyens de recueillir les attentes des usagers, de leurs familles et des professionnels. La satisfaction des usagers<sup>3</sup> se verra largement améliorée si parallèlement un travail est effectué sur l'expression de la demande. Comme la qualité produite ne sera jamais perçue de la même manière par un résident et un professionnel, il est donc également nécessaire de travailler sur la perception de l'offre de service et d'aménagement. L'absence de réflexion architecturale induit nécessairement l'absence de cohérence ; la conséquence est d'autant plus considérable car elle s'inscrit dans la durée. La clé de la réussite se trouvera donc par l'adéquation des regards portés sur le projet de vie et sur le projet architectural. Ce croisement des regards au départ, doit devenir une conjonction de regards sur la place de nos aînés au sein de nos structures dans le cadre d'un projet de réhabilitation/construction.

Elaborer un projet de réhabilitation nécessite une phase de réflexion. Cette étape est le moment opportun de réaliser un état des lieux objectif et de recenser les attentes des usagers et des professionnels. Le projet n'en est qu'à sa genèse, à savoir à la phase préliminaire de la phase de programmation. Il s'agit avant tout de réaliser une analyse de la qualité d'usage des espaces de vie. Cette démarche s'inscrit en complémentarité du processus général des études de faisabilité et des programmes d'investissement traditionnellement mis en œuvre par la maîtrise d'ouvrage<sup>4</sup>.

Avoir la qualité de personne âgée devra s'accompagner désormais du corollaire : avoir la qualité de vie en tant que personne âgée. Bien vieillir est et sera toujours l'une des premières préoccupations des personnes avançant en âge.

---

<sup>3</sup> Résidents et patients du CEV.

<sup>4</sup> C'est le CHU de Fort de France, personne morale, représentée en la personne par le Directeur Général.



En juillet 2007, une étude de faisabilité a été réalisée par un consultant afin de présenter les divers scénarii. Sur les cinq scénarii présentés, la Direction du CHU de Fort de France a retenu le scénario qui était le plus en adéquation avec le projet d'établissement (intégration d'une filière gériatrique) et ses possibilités de financement et d'investissement. Il s'agit d'une réhabilitation du bâtiment principal et de la construction de bâtiments annexes sur le même site. A mon arrivée en novembre 2008, le projet de réhabilitation/construction n'avait pas beaucoup évolué et ma mission a tout d'abord consisté à rédiger le Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) de l'étude de programmation. Les perspectives d'exécution du projet ainsi tracées, le Directeur peut, dans ce contexte, établir la mise en adéquation de ces deux objectifs :

- permettre une offre de soins adaptée et personnalisée à des personnes âgées, à mobilité réduite, polypathologiques, voire intellectuellement détériorées,
- assurer au personnel du CEV des conditions de travail optimales propices à leur épanouissement et à l'accomplissement satisfaisant de leurs diverses responsabilités.

Le CEV a été mis en service en 1974 et il compte aujourd'hui 395 lits répartis comme suit : une Maison De Retraite (MDR) de 215 lits, une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 150 lits, un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) de 30 lits et de 10 places d'accueil de jour de MPR. C'est un bâtiment vertical de six étages. Nous pouvons constater une forte obsolescence dans l'organisation des locaux. D'une manière globale, l'hébergement ne répond pas aux normes actuelles. Concernant l'aménagement général du site, il n'existe pas de surface disponible pour la déambulation et la détente des personnes âgées. La circulation des véhicules est difficile et les espaces de stationnement des véhicules du personnel et des visiteurs sont insuffisants. Ces constats sont un frein à l'amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées et rendent les conditions de travail du personnel pénibles. Aussi, ce constat fait émerger le besoin d'un projet d'amélioration du cadre de vie, visant une meilleure qualité de vie pour tous les usagers mais également de meilleures conditions de travail pour les professionnels. Il met en évidence les dysfonctionnements et les carences du bâtiment en matière d'accueil de personnes dépendantes.

En Gériatrie, évaluer la qualité des espaces de vie est une idée nouvelle et implique un changement de regard des professionnels, mais aussi des décideurs, en raison de nouvelles attentes et de nouveaux besoins des personnes âgées. Il appartient donc, au directeur d'établissement, outre cette volonté indispensable, d'initier un projet novateur, de monopoliser toutes les énergies afin de mener à bien sa mission, et atteindre ses objectifs. Il devra, par ailleurs, allier contraintes économiques, culture de la qualité et du

changement. Trouver le style de management adéquat à la circonstance, fédérer les différents acteurs, mutualiser les synergies, n'est-ce pas le socle même du métier de directeur ? L'organisation d'une réflexion pluridisciplinaire au sein de la structure se révélera nécessaire, ceci afin de définir les attendus du projet en identifiant les motivations de chacun. Les recommandations architecturales s'efforceront de répondre au mieux aux besoins formulés tout en s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de l'institution. Cette démarche participative dans la réflexion et la mise en œuvre du projet doit permettre son appropriation par tous les personnels. Le directeur partagera sa vision stratégique grâce à un management efficace qui sera basé sur les compétences requises de chacun. Stratégie qui d'ailleurs s'avérera indispensable afin d'atteindre l'objectif visé : accueillir la personne âgée dans un cadre de vie agréable et fonctionnel.

L'intérêt premier de ce sujet de mémoire c'est d'offrir dans nos établissements une meilleure qualité d'accueil aux personnes âgées. Aussi la rencontre avec les divers acteurs (professionnels et usagers), m'a paru fondamentale, afin de définir les orientations de cette future réhabilitation. C'est aussi l'opportunité pour moi, de participer à la conception et au pilotage d'un projet, tout en veillant à susciter l'adhésion de tous. Il s'agit aussi d'avoir une réflexion plus globale des fonctions d'un directeur dans la gestion de son établissement, dans la recherche permanente de qualité et de performance, tout en motivant l'ensemble de son personnel autour du projet. Ces échanges me permettent aussi de mieux comprendre et appréhender les différentes facettes du métier de directeur sous plusieurs aspects. Ainsi, l'architecture des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, prenant compte les besoins des usagers, doit s'ouvrir aux évolutions technologiques. Aussi, il appartient au décideur, au-delà d'encouragements techniques et réglementaires, de faire émerger et diffuser une culture commune de Haute Qualité d'Usage (HQU). Afin d'être efficace et de concrétiser le projet, il doit chercher la convergence entre les préoccupations économiques, sociales et environnementales.

Le management participatif est le fil conducteur de ce projet de restructuration architecturale et la mise en œuvre de cette démarche constitue une opportunité managériale essentielle pour le directeur, générant ainsi, une nouvelle dynamique au sein du personnel, car de son implication dépend la réussite du projet.

Le respect des droits et besoins des résidents étant les principes fondamentaux de la loi du 2 janvier 2002<sup>5</sup>, implique une démarche de management audacieuse dans ce domaine, et demeure un enjeu primordial pour celui-ci. Elle doit susciter une forte mobilisation des professionnels de santé, des résidents et de leurs familles. Aussi, ma réflexion s'articulera autour de cette question centrale :

---

<sup>5</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

A quelles conditions la réhabilitation d'un établissement peut-elle contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées accueillies et permettre aux progrès des conditions de travail des professionnels ?

Afin de répondre à cette question, plusieurs sous-questions ont successivement été mobilisées dans la réflexion :

- Quel est l'état actuel de bâtiment ?
- Quelles sont les difficultés que le cadre bâti induit en matière d'accueil des personnes âgées et les possibles pistes d'amélioration ?
- Quelles sont les difficultés que le bâti induit en matière de conditions de travail des personnels et les possibles pistes d'amélioration dans ce domaine ?

Pour répondre à ces questions, la méthode retenue a été celle d'une « réflexion-action » à l'aide de l'outil « *le guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées* »<sup>6</sup>. Il s'agit notamment d'impliquer l'ensemble du personnel dans la démarche et que chacun se sente acteur du projet afin de définir les besoins de l'institution. Pour ce faire, la constitution d'un groupe projet générant la formation de sous-groupes, où sont représentés à la fois des professionnels, des usagers, des familles mais également des bénévoles, fut les prémices de mon travail.

En effet, l'une des missions qui m'a été confiée, pendant ces huit mois, a été d'amener le personnel à participer activement à l'élaboration du projet de réhabilitation/construction du CEV. Les attentes des professionnels et des résidents sont fortes en termes de bâti, d'accessibilité et d'organisation.

Pour mieux appréhender cette démarche, un travail d'investigation a été mené en amont. Des recherches juridiques et bibliographiques sur le sujet ainsi que la consultation de documents internes au CHU (projet d'établissement, projets médicaux, projet de vie ...) ont aussi été effectuées. Des entretiens ont été réalisés et des réunions ont été planifiées. Le fruit de ce travail a contribué à la réalisation de l'état des lieux des différents espaces de vie par type de prise en charge (maison de retraite, unités de soins de longue durée et unité de psychogériatrie) et parallèlement à l'évaluation du projet de vie existant.

Il a aussi permis d'avancer des hypothèses d'évolutions du projet de vie et d'envisager des pistes d'amélioration de tous les espaces (cadre bâti et équipements). Au regard de l'importance des résultats obtenus, je m'attacherai à présenter mon étude uniquement sur le secteur de la maison de retraite.

---

<sup>6</sup> Rennes : Edition Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), 2008.

La méthode d'observation directe des espaces a également été utilisée, afin de mesurer d'une part l'écart entre la perception subjective des acteurs du niveau de prise en compte du besoin à satisfaire décrit dans le projet de vie et sa prise en compte à travers l'ensemble des pratiques professionnelles. D'autre part, elle a aussi permis l'appréciation de tous les espaces de vie sur le terrain.

Un recueil de toutes les données a été réalisé, par espace, afin de noter les réponses obtenues lors des réunions et des entretiens.

Afin de nourrir ma réflexion, j'ai procédé à une importante collecte d'informations car il m'est apparu incontournable d'approfondir mes connaissances sur l'architecture des maisons de retraite.

La première partie du mémoire s'attachera à étudier les enjeux du vieillissement de la population Martiniquaise et ses conséquences. Je démontrerai en quoi le vieillissement de la population est un enjeu de Santé Publique, mais aussi un défi à relever pour le CHU de Fort de France. Je ferai le point par ailleurs des principales caractéristiques de ce département en notifiant le rôle prépondérant que joue le CEV dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes de l'île.

Dans la seconde partie, j'expliquerai la méthodologie utilisée et ses diverses phases d'application, ensuite j'évoquerai l'influence de la conception architecturale sur les conditions de vie des résidents et sur les conditions de travail des professionnels. En effet, l'environnement dans lequel évoluent les professionnels influe sur la qualité de prise en charge des résidents. Leur implication est un facteur déterminant dans la réussite du projet de réhabilitation/construction et de son adéquation avec le projet de vie. J'intégrerai dans ma réflexion, la mise en place d'une filière gériatrique au sein du CHU de Fort de France.

Enfin, pour apporter une réponse architecturale adaptée, je présenterai la démarche HQU ainsi qu'une organisation fonctionnelle des différents espaces de vie non sans oublier la notion de convenance. Je mettrai en exergue les qualités managériales requises dans la réussite d'un projet de cette ampleur. Si la démarche HQU est indispensable, le positionnement du directeur ne l'est pas moins. Sa capacité à innover et la mise en œuvre d'un management adéquat à la situation sont les clés d'un développement architectural abouti.

# 1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE ET UN DEFI POUR LE CHU DE FORT DE FRANCE

«  *Vieillir ensemble, ce n'est pas ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années »  
 Jacques SALOME*

## 1.1 Les projections démographiques du vieillissement pour une action gérontologique évolutive

Les personnes âgées constituent actuellement pour les institutions, et les décideurs, un enjeu majeur de santé publique. Aucune structure ne peut faire l'impasse devant la pression du vieillissement démographique (1.1.1) et l'augmentation de l'espérance de vie (1.1.2).

### 1.1.1 Un vieillissement de la population généralisé : un réel défi

Le vieillissement de la population<sup>7</sup> est un phénomène qui concerne la plupart des sociétés occidentales et que les prévisions démographiques attestent depuis de nombreuses années.

Aujourd'hui, aucune région de France n'échappe alors au vieillissement de ses habitants. Le vieillissement de la population française s'accentuerait entre 2005 et 2050. Suivant les tendances données par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus (soit 32% de la population), contre un sur cinq en 2005<sup>8</sup>. Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, c'est surtout le nombre des plus de 75 ans qui va très fortement s'accroître à partir de 2020. Ces personnes représenteront 13,1 % de la population française, contre 7,2 % aujourd'hui. Le vieillissement est donc inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

---

<sup>7</sup> Entendu comme l'augmentation de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population globale.

<sup>8</sup> INSEE première n° 1089, <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>, [site Visité le 13 juillet 2009].

Si le défi du vieillissement est un gage majeur pour notre société, il n'en demeure pas moins que face à l'espérance de vie qui ne cesse de croître, le problème de la dépendance des personnes âgées se pose.

### 1.1.2 Une espérance de vie de plus en plus élevée

L'espérance de vie a augmenté de façon régulière et spectaculaire depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et aujourd'hui, une personne de 60 ans a trois chances sur quatre de parvenir à l'âge de 80 ans (contre une sur quatre en 1900). Si l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse parallèle de la fécondité sont des phénomènes historiques de long terme bien connus, ils vont de paire avec un net recul de l'âge auquel survient aujourd'hui la perte d'autonomie.

Les gains de l'espérance de vie aux âges élevés sont particulièrement importants (un trimestre par an). Les projections montrent que l'espérance de vie va continuer d'augmenter. En 2030, elle sera de 82 ans pour les hommes et de 87 ans pour les femmes. Il y aura donc de plus en plus de personnes âgées et, du même coup, de personnes très âgées. Au 1<sup>er</sup> janvier 2050, la France compterait alors sept habitants âgés de 60 ans ou plus pour dix habitants de 20 à 50 ans. Ce ratio aura presque doublé en 45 ans<sup>9</sup>. Cet accroissement de la durée de vie aux âges élevés pose la question majeure de la qualité des années de vie ainsi gagnées.

Les 65 ans ou plus ont aujourd'hui un poids grandissant dans la population : 16.2% en 2007, 16,3% en 2008 contre 15,5% dix ans auparavant. En 2050, ils représenteront entre 22.6% et 30.3% de la population en France métropolitaine (26.2% pour le scénario central INSEE). Ce chiffre pose le problème de la dépendance des personnes âgées. Son taux, calculé comme le rapport du nombre d'individus âgés de 65 ans ou plus par rapport au nombre de personnes ayant entre 15 et 64 ans, devrait passer de 0,25 en 2004 à 0,48 en 2050<sup>10</sup> (selon les projections de population réalisées par Eurostat en 2004).

L'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie induit une augmentation corollaire du nombre de personnes très âgées, fragiles ou dépendantes.

La Martinique est concernée au premier plan par cette problématique. Cette île est un département de population encore jeune. Toutefois, elle doit faire face à un phénomène inéluctable de vieillissement démographique et d'aggravation de la perte d'autonomie liée au grand âge.

---

<sup>9</sup> ROBERT-BOBEE I. « *Projections de population 2005-2050 - Vieillissement de la population en France métropolitaine* » ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 408-409, 2007  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/Ecostat\\_D.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_D.pdf) [site visité le 28 aout 2009]

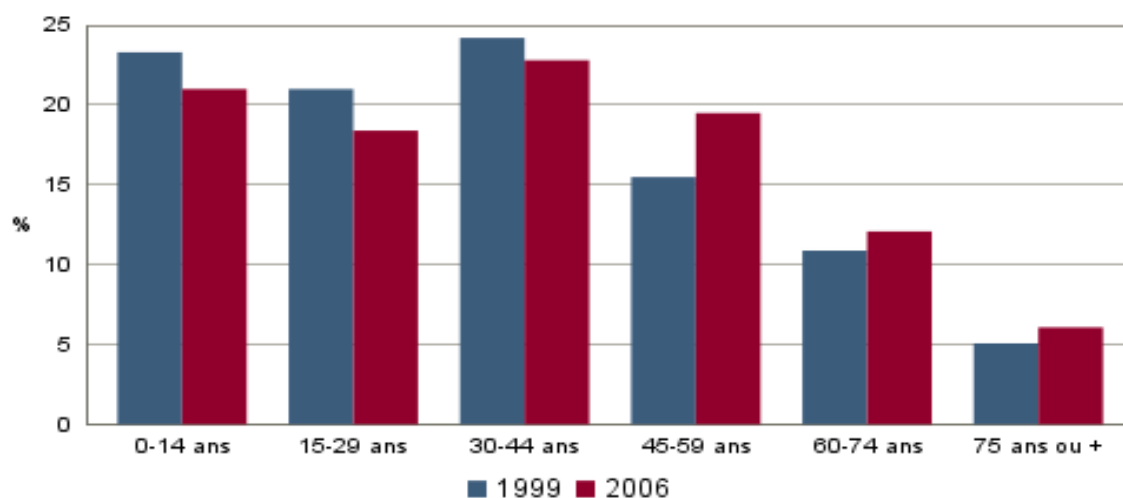
<sup>10</sup> INSEE « France, portrait social » Edition 2008.

## 1.2 La Martinique, une région qui a vieilli très vite ... et qui va vieillir plus vite que la plupart des régions françaises dans les années à venir

Sur le plan démographique, la Martinique se définit par un vieillissement de plus en plus marqué (1.2.1) présentant également d'importantes inégalités territoriales (1.2.2).

### 1.2.1 Les principales caractéristiques de la Martinique

La Martinique doit faire face dans les prochaines années à un défi majeur : le vieillissement de sa population. C'est le département d'Outre-mer le plus âgé avec 6% de personnes âgées de plus de 75 ans (7.7% en métropole). En 2030, la Martinique devrait devenir le deuxième département le plus âgé de France.

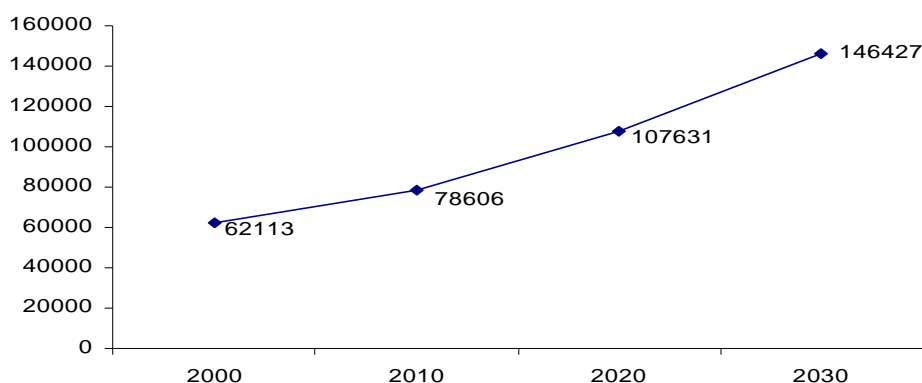


Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitations principales.

Ainsi, la Martinique présente trois caractéristiques principales : une forte densité de population, une transition démographique rapide et un vieillissement de plus en plus marqué. La Martinique est la plus petite région du territoire français par sa superficie, 1 128 km<sup>2</sup>, mais la plus dense en peuplement après l'Île-de-France. En 2005, la densité de population est de 350 habitants/ km<sup>2</sup> soit 3 fois plus que la moyenne métropolitaine. Des années 60-70 aux années 90, la Martinique a réalisé très rapidement ce que l'on appelle « la transition démographique », c'est-à-dire qu'elle est passée d'indicateurs de pays en voie de développement à des indicateurs de pays développés. C'est ainsi qu'on a observé une forte baisse de la natalité, de la mortalité infantile et de la mortalité après 50 ans. Ceci a eu pour conséquence une nette amélioration de l'espérance de vie à la naissance et une modification de la structure d'âge de la population avec une tendance au vieillissement. En 1961, les moins de 20 ans représentaient 52% de la population et les 60 ans et plus 8%. En 2030, si les tendances démographiques se poursuivent, les

plus de 60 ans représenteront 34% de l'ensemble de la population contre 17% actuellement<sup>11</sup>.

La population des personnes âgées de 65 ans et plus a presque triplé entre 1967 et 1999, puisqu'elle est passée de 16 000 à 47 000<sup>12</sup>. Cependant cette progression a été différente selon les tranches d'âges, l'augmentation la plus forte a été enregistrée chez les 75-84 ans et les 85 ans et plus. Ces derniers qui étaient moins de 1 500 en 1967 ont multiplié par quatre leur effectif au dernier recensement de 1999 passant à 6 560 personnes. En 1999, la Martinique se classe au 23<sup>ème</sup> rang des régions françaises en terme de vieillissement mais selon les projections démographiques de l'INSEE (modèle OMPHALE), dans les années à venir, le nombre des personnes âgées continuera d'augmenter plus rapidement que l'ensemble de la population. Cinq scénarii ont été calculés à partir de différentes hypothèses concernant la fécondité, la mortalité et les migrations. En Martinique, quelque soit le scénario, la croissance démographique restera relativement modérée avec des projections de population oscillant entre 400 000 et 460 000 habitants à l'horizon 2030. Par contre le vieillissement de la population va s'accroître puisqu'il devrait y avoir 107 631 personnes de 60 ans et plus en 2020 et 146 427 en 2030.



#### **Evolution prévisionnelle du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus en Martinique entre 2000 et 2030** Source : INSEE, projections Omphale (scénario central)

Le scénario central placera la Martinique au 5<sup>ème</sup> rang des régions les plus âgées en 2030 après le Limousin, le Poitou-Charente, l'Auvergne et la Bourgogne.

A ces évolutions démographiques s'ajoutent d'importantes disparités territoriales au sein du département.

<sup>11</sup> INSEE Antilles-Guyane « Projections de population aux Antilles-Guyane à l'horizon 2030 » [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/martinique/themes/cahiers/ProjPop/CAG\\_PP07\\_01.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/martinique/themes/cahiers/ProjPop/CAG_PP07_01.pdf) [site visité le 28 août 2009].

<sup>12</sup> Docteur S. MERLE, *Démographie des personnes âgées en Martinique*, p13-15.



## 1.2.2 Importances disparités territoriales

Si, dans la question complexe du vieillissement, les effets de génération et de comportement jouent un rôle majeur et relativement bien identifié, d'autres effets moins manifestes comme les spécificités territoriales ont leur importance. Les impacts du vieillissement sur la situation d'un territoire seront forcément différents d'un lieu à l'autre, en fonction de l'histoire, des acteurs, des réseaux, des volontés locales d'agir ... Or c'est précisément, et de plus en plus à des échelons locaux, que se développent des stratégies de réponse et que se mettent en œuvre les politiques.

Zone géographique	Population totale	Population 60 ans et plus	% rapporté à la population de 60 ans et +	% rapporté à la population de la zone
Centre agglomération	166 238	26 970	42 %	16,2%
Centre Atlantique	64 777	10 623	17 %	16,4%
Sud Atlantique	50 768	8 757	14 %	17,2%
Sud Caraïbe	56 003	8 125	13 %	14,5%
Nord Caraïbe	23 436	4 572	7 %	19,5%
Nord Atlantique	20 103	4 242	7 %	21,1%
<b>Total Martinique</b>	<b>381 325</b>	<b>63 289</b>	<b>100 %</b>	<b>16,6%</b>

Source : INSEE, RP 99

### Répartition de la population de la Martinique par zone géographique

(Les secteurs gérontologiques sont définis par référence au découpage du schéma d'aménagement régional qui détermine les six zones géographique : Annexe 1)

Il s'avère qu'environ 60 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent dans le centre de la Martinique et 42% dans la zone centre agglomération dépendant directement du CHU de Fort-de-France.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la capacité globale d'accueil dans les structures d'hébergement pour personnes âgées se répartit de façon inégale sur le territoire<sup>13</sup>. En Martinique, le taux d'équipements<sup>14</sup> est faible : 5.6 places pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 18 places en Haute Normandie et les Pays de Loire (+30% par rapport à la moyenne nationale).

<sup>13</sup> Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé – Rapport « *Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France* », p. 60.

<sup>14</sup> Nombre de lits (en maisons de retraite, en logement-foyers -y compris en EHPAD et USLD) pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Ainsi pour répondre aux besoins en forte augmentation et améliorer les conditions de vie des personnes âgées en Martinique, le Conseil Général s'inscrit dans une dynamique continue en publiant son 3<sup>ème</sup> schéma gérontologique 2009-2013<sup>15</sup>. De nombreux efforts sont encore nécessaires pour rattraper les déficits existants aujourd'hui en matière de création de places d'hébergement et pour mieux accompagner les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Valérie LETARD<sup>16</sup> a signé, le 8 décembre 2008, à Fort de France "un plan de rattrapage de l'offre médico-sociale" en Martinique. La première étape prévoit la création de 1 000 places dédiées à l'accueil des personnes âgées d'ici à 2012.

Les données démographiques rendent inéluctable une réflexion sur la vieillesse, et sur les démarches à entreprendre pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en institution.

### **1.3 La prise en compte du vieillissement au sein des structures d'accueil**

*« Tout le monde voudrait vivre longtemps mais personne ne voudrait être vieux »*  
Jonathan SWIFT

La définition du mot vieillissement est sensiblement la même pour tous avec de nombreuses conséquences (1.3.1). Ce phénomène engendre la notion indéniable de dépendance qui devra être prise en compte dans nos structures d'accueil au regard des évolutions démographiques (1.3.2).

#### **1.3.1 Le vieillissement et ses conséquences**

Le vieillissement est un processus physiologique normal au cours de l'existence de l'individu, sans lequel la vie n'aurait pas de sens, et qui s'effectue dans la continuité. Il s'accompagne d'un ensemble de modifications physiologiques. Si le mot vieillesse à longtemps rimé avec sagesse, de nos jours, la vieillesse est plus couramment associée à une période de fragilité psychique, psychologique et sociales. Le vieillissement est riche de l'histoire, de l'expérience de ce que chacun d'entre nous a vécu. Toutefois, il a une répercussion importante sur l'usage et la perception de l'environnement quotidien de la personne âgée.

L'entrée en institution rendue inéluctable pour certaines personnes en raison de la perte d'autonomie parfois aggravée par un environnement non adapté est toujours vécue douloureusement par les familles mais surtout par la personne âgée elle-même. Il est

---

<sup>15</sup> Le document a été adopté par l'assemblée plénière le 22 janvier 2009 pour la période 2009-2013.

<sup>16</sup> Secrétaire d'Etat chargé de la Solidarité.

donc important que ce changement de vie, toujours difficile, cette rupture ne se traduise pas en plus par une dégradation des conditions de vie.

En 1962, le rapport de la « commission d'étude des problèmes de la vieillesse » plus connu sous le nom de Rapport LAROQUE dressait déjà les enjeux. Celui-ci mettait en exergue la nécessité d'anticiper les changements et de mettre en œuvre une politique qui ne soit pas limitée aux questions économiques mais qui traite aussi de la dimension sociale, culturelle, géographique, de l'adaptation de l'habitat... Cela suppose que les besoins des personnes âgées soient pris en compte non seulement dans les modes de prises en charge mais aussi dans la conception des lieux des structures d'hébergement. L'enjeu auquel est confronté le directeur, maître d'ouvrage, est d'organiser ces lieux en véritables « lieux de vie » en tenant compte des évolutions et adaptations nécessaires.

De plus, les personnes désorientées, handicapées et/ou en fin de vie doivent être accompagnées et soignées par des professionnels formés aux problématiques du vieillissement et aux comportements propres à les compenser, voire à les corriger. La vieillesse n'est pas une maladie. Il convient de l'inscrire dans un destin identifié et citoyen.

Dans notre société, la vieillesse n'a certes pas la cote mais comme elle est l'unique chemin pour vivre longtemps, elle reste acceptable et plus ou moins bien acceptée selon les vécus de chacun. Par contre, la dépendance, qui est pourtant une conséquence normale du vieillissement, de l'usure du temps, est appréhendée, redoutée avec angoisse.

### **1.3.2 La dépendance : un facteur fondamental à prendre en compte**

En raison de l'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en établissement, toutes les structures sont confrontées à une augmentation de la dépendance de leurs résidents. Au 31 décembre 2007, selon l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)<sup>17</sup>, les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) étaient un peu plus dépendants et un peu plus âgés en 2007 qu'en 2003 : 84% d'entre eux étaient dépendants au 31 décembre 2007 contre 81% fin 2003.

Le terme de "dépendance" est explicité par la loi du 24 janvier 1997<sup>18</sup> qui a institué la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), et par celle du 20 juillet 2001 qui a créé

---

<sup>17</sup> Enquête publiée lundi 17 août 2009 « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », [site visité le 28 août 2009] <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er699.pdf>

<sup>18</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

l'Allocation pour Perte d'Autonomie (APA)<sup>19</sup> : peuvent bénéficier de cette allocation *"les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière"*.

Qui dit dépendance dit difficultés au quotidien pour assumer des gestes simples et si souvent exécutés : se laver, s'habiller, se préparer un repas, ... et donc aide car la dépendance n'est pas un état mais un processus où l'autre intervient nécessairement. Qui dit dépendance pose aussi la question de l'adéquation du lieu de vie. Afin de permettre une adaptation des établissements à cette évolution, l'Etat a introduit le principe du conventionnement en Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les établissements s'engagent à adapter leur offre à des exigences minimales de qualité en termes de locaux, de niveau de services et de qualification du personnel. Ainsi, tout en gardant leur statut propre, les différents types d'établissements ayant passé une convention sont désormais qualifiés d'EHPAD, qu'ils soient des maisons de retraite ou des logements-foyers, publics ou privés. Le CEV est devenu EHPAD à la signature de la convention tripartite le 18 juin 2007, régi par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifié par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002.

Le Groupe Iso-Ressource Moyen Pondéré (GMP), reflet de la dépendance des personnes accueillies est extrêmement lourd au CEV, tant en USLD (899) qu'en MDR (725)<sup>20</sup>.

La prise en compte de la dépendance oblige le directeur d'EHPAD d'être très vigilant sur la conception architecturale. L'hébergement doit donc croître en terme quantitatif mais aussi qualitatif de manière à combiner soins, vie privée et dignité, afin de privilégier la « bienveillance ». Il convient donc d'humaniser le cadre de vie comme le préconise le plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance<sup>21</sup>.

## **1.4 De l'hospice d'hier au Centre Emma Ventura**

Le CEV, rattaché au CHU de Fort de France, accuse le poids des années (1.4.1) et se trouve confronté aujourd'hui à ce phénomène d'inadaptation de ces locaux. Malgré ses carences, il présente de nombreux atouts par sa situation géographique et sa logique d'implantation (1.4.2).

---

<sup>19</sup> Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>20</sup> GIR réalisé le 30 avril 2009.

<sup>21</sup> Plan présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 14 mars 2007.

### 1.4.1 Historique du Centre Emma Ventura

C'est en 1924 que l'Asile des Vieillards, ancêtre du CEV, ouvre ses portes. Il est construit dans la banlieue Nord Ouest de Fort-de-France. Cet asile, rattaché au service de l'Assistance Publique, est organisé à Fort-de-France pour recueillir les vieillards, les infirmes ou incurables qui, admis à l'Assistance Publique, ne pouvaient pas être traités à domicile, ni à l'hospice. A l'époque, il peut accueillir 80 pensionnaires répartis dans 4 pavillons. La chapelle, qui existe encore à l'entrée du CEV, a été construite en 1928. Le régime colonial est remplacé en 1946 par le régime départemental. Dès lors, l'asile des vieillards devient établissement départemental.

En 1953, il compte 200 lits répartis en 8 pavillons pour les femmes, 3 pavillons pour les hommes, et 1 pavillon pour les enfants handicapés mentaux. A partir du 31 mai 1957, cet asile devient structure intégrante du CHU de Fort-de-France, au même titre que l'hôpital Civil et l'hôpital Clarac. En 1959, 5 pavillons, qui ne comportent que des rez-de-chaussée destinés à héberger des handicapés profonds, sont mis en service.

En 1966, devant la vétusté des locaux et compte tenu des demandes de placements de plus en plus nombreuses, la Commission Administrative du Centre Hospitalier de Fort-de-France, décide de reconstruire l'Asile des Vieillards sur le même site et d'en augmenter la capacité d'accueil. Le nouvel établissement est mis en service au cours du dernier trimestre 1974. Cet immeuble de six étages est baptisé Hospice Emma Ventura, du nom de celui qui l'a dirigé de 1946 à 1967.

L'histoire se répète 43 ans après, nous pouvons transposer la phrase précédente intégralement en changeant 1966 par 2009<sup>22</sup>. Aujourd'hui, de nombreux obstacles freinent son fonctionnement. Le CEV comprend 395 lits. A la fin de l'année, 8 lits identifiés en soins palliatifs seront mis en service. De plus, la modernisation des consultations organisées sur le CEV et le développement de nouveaux axes de consultation ne peut que conduire à une amélioration de la prise en charge des résidents de l'EHPAD. Cette modernisation passe obligatoirement par une restructuration des locaux.

Le CEV est une institution en perpétuelle « mouvance » avec le souci constant de répondre aux besoins de la population de l'île. De ce fait, le CEV a une place importante dans le domaine sanitaire et médico-social.

---

<sup>22</sup> «En 2009 devant la vétusté des locaux et compte tenu de demandes de placement de plus en plus fréquentes... ».

### 1.4.2 Place actuelle du Centre Emma Ventura dans le dispositif de soins

Le CEV occupe en Martinique une place tout à fait particulière dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Géographiquement, il est situé à la lisière de Schœlcher et Fort de France, au cœur de la conurbation la plus importante de la Martinique, qui compte le tiers des personnes âgées de l'île. En plus de sa situation centrale dans l'île, il représente en nombre de lits :

- Les ¾ des lits d'USLD (150 sur 210 autorisés) de la Martinique
- Le quart (365) des lits de gériatrie institutionnelle de l'île.

CENTRE EMMA VENTURA	AILE B1	AILE B3
<b>6<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Hébergement</b> USLD : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )	<b>Hébergement</b> USLD : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )
<b>5<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Hébergement</b> USLD : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )	<b>Hébergement</b> USLD : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )
<b>4<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Hébergement</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )	<b>Hébergement</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )
<b>3<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Psychogériatrie</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Psychiatrie</i> )	<b>Hébergement</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )
<b>2<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Hébergement</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )	<b>Hébergement</b> MDR : 33 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )
<b>1<sup>ème</sup> étage</b>	<b>Hébergement</b> MDR : 35 lits ( <i>Pôle Gériatrie</i> )	<b>Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)</b>  <b>Médecine Physique et de Réadaptation : 30 lits</b>  <i>(Pôle Santé Publique Soins de Support et de Réadaptation)</i>
<b>Rez de chaussée</b>	<b>Plateau technique</b> <b>Restaurant</b>	<b>Administration</b>

#### Répartition du nombre de lits sur les 6 étages

A cette importance numérique, s'ajoutent une expertise gériatrique et une médicalisation importante. Il accueille les malades les plus lourds de la Martinique et est souvent considéré par les familles comme l'ultime recours pour les cas difficiles. Cet état de fait est à mettre à l'honneur de l'ensemble du personnel, qui se bat quotidiennement pour une prise en charge optimale dans des conditions souvent compliquées.

### **Une population fragile et fragilisée en EHPAD au CEV**

Les usagers sont essentiellement des personnes âgées qui présentent un niveau de dépendance élevée et nécessitent une aide permanente pour les actes de la vie quotidienne. Le personnel accompagne les personnes âgées que nous pouvons qualifier de fragile dans le sens où la fragilité est un état transitoire, instable et évolutif. Cet état est caractérisé par une dynamique de perte des fonctions essentielles (marche, alimentation, mémoire) et parfois de récupération partielle de ses fonctions.

En maison de retraite, le CEV héberge une population féminine à 52.9 % (111 femmes) et masculine à 47.1 % (99 hommes), dont 4 couples. La moyenne d'âge des résidents est de 78 ans<sup>23</sup>.

Nous distinguons parmi les résidents des situations familiales diverses et variées. Nous comptons une majorité de résidents célibataires (52%), mais également des résidents mariés (35.3%), divorcés (5.9%), veufs (3.9%) ou séparés (2.9%).

Concernant la prise en charge financière de l'hébergement, le résident peut bénéficier, sous conditions de ressources, d'une aide délivrée par le Conseil Général du lieu de sa résidence. Au CEV en MDR, 100% des résidents bénéficient des prestations de l'Aide Sociale.

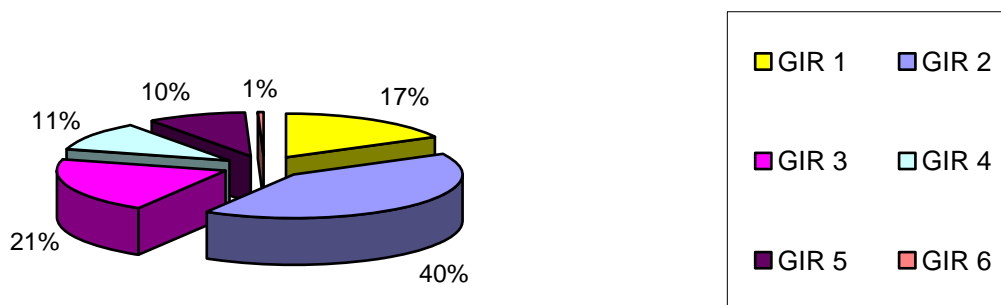
Notons également que 177 résidents sur 210 ont une Couverture Maladie Universelle (CMU), et seulement 25 résidents ont une mutuelle.

### **Tableau d'âge à l'entrée : période du 01/01/2008 au 01/07/2009**

Age	-60	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	+100	TOTAL	En %
Femmes	0	3	6	5	13	9	11	6	2	0	<b>55</b>	<b>53.9</b>
Hommes	1	2	1	2	8	12	11	6	4	0	<b>47</b>	<b>46.1</b>
TOTAL	1	5	7	7	21	21	22	12	6	0	102	100%

<sup>23</sup> Données du 3 juillet 2009 : 210 résidents présents sur 215 lits autorisés.

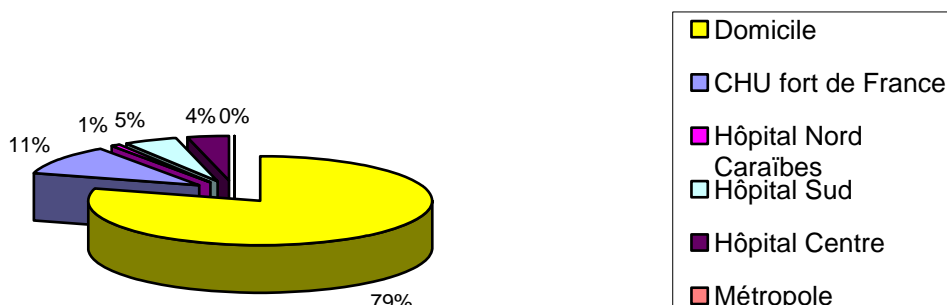
En ce qui concerne le degré de dépendance, 57 % des résidents en MRD sont en GIR 1 et GIR 2. Seulement 11% des résidents sont en GIR 5 et GIR 6



### Répartition des résidents par Groupe Iso Ressources (GIR)

Les résidents sont de moins en moins autonomes pour les déplacements dans leur espace privé (chambre), même si un bon nombre d'entre eux utilisent une aide matérielle (cane, déambulateur, fauteuil roulant). De plus, leur autonomie de déplacement s'amenuise souvent au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de leur chambre nécessitant l'adaptation des structures face à des besoins évolutifs.

L'origine géographique des résidents est diverse. La majorité des résidents viennent du domicile.



### Parcours de santé des résidents à l'admission

Face à une insuffisance de réponse aux besoins de la population âgée et face à des besoins qui vont s'accroître dans les années à venir, compte tenu de l'évolution démographique de la Martinique, la première priorité consiste à assurer l'égalité d'accès aux soins à la fois par un maillage géographique de l'offre de soins en cohérence avec l'équipement médico-social, et une organisation graduée de l'offre de soins en créant une filière gériatrique complète.



## **2 LE PROJET DE REHABILITATION/CONSTRUCTION, UNE DEMARCHE INNOVANTE ET UNE MISE EN ŒUVRE DE LA FILIERE GERIATRIQUE**

Les bases de la démarche utilisée reposent sur deux leviers importants que sont l'information et la communication. Une participation active des acteurs suppose au préalable une présentation de la démarche, les objectifs souhaités et les modalités de sa mise en œuvre. En tout premier lieu, et avant toutes investigations, j'ai souhaité soumettre le support « *d'appréciation de la qualité des espaces de vie* » à ma tutrice<sup>24</sup>. Elle a trouvé l'outil innovant et pertinent et l'a soumis à son tour au Directeur Général du CHU. C'est ainsi que j'ai obtenu leur approbation pour sa mise en œuvre sur le terrain.

### **2.1 Les bases de la démarche utilisée : une démarche participative**

La démarche d'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie s'inscrit dans une approche globale de qualité. Elle s'appuie sur la définition des besoins des usagers, tant sur le projet de vie que dans l'élaboration d'un projet de qualité d'usage. Elle s'affirme par des objectifs clairement identifiés (2.1.1) et le respect d'une méthodologie (2.2.2).

#### **2.1.1 Les objectifs de la démarche**

Cette démarche qualité intitulée « réflexion-action » permet de préciser de façon exhaustive les besoins de l'établissement en vue de l'élaboration du projet « réhabilitation/construction » et facilite la réalisation du programme destiné au projet architectural. De plus, cette méthode à l'avantage d'offrir à tous, professionnels<sup>25</sup>, usagers et familles, l'opportunité de porter un regard critique sur les espaces de vie tout en s'appropriant le projet. Les personnels confrontés au quotidien à la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont expérimentés. Ils utilisent les locaux et leur expertise ne peut être négligée, ni mise en doute. Il convient donc d'organiser un véritable processus participatif afin de les mettre au centre du dispositif décisionnel, à cet égard, ils ne pourront qu'enrichir les alternatives. L'expérience montre en général qu'une démarche unilatérale menée par le directeur ou les gestionnaires, peut conduire à la répétition d'erreurs non ou mal diagnostiquées. Le directeur est celui qui impulse le projet, qui se projette ainsi dans le futur, il en est le point d'ancrage. Il est donc nécessaire pour lui de prendre en compte les demandes, les formaliser afin d'y répondre sans perdre son libre-arbitre.

---

<sup>24</sup> Maître de stage, Madame Viviane ROBINEL, Directrice du CEV.

<sup>25</sup> Personnel médical, administratif, soignant, du service social, logistique, technique, de rééducation et médico-technique.

Ainsi, il pourra prendre les bonnes dispositions contribuant au bon usage des espaces de vie. Cette démarche s'appuie sur le projet de vie centrée sur des valeurs de références, définies comme essentielles à la qualité de l'accueil et de vie des personnes âgées. Elles sont retenues comme fondement de l'étude et servent ainsi de fils conducteurs.

Ces valeurs sont :

- Respecter le libre-arbitre du résident,
- Prévenir les risques,
- Prévenir, compenser les situations d'incapacité,
- Favorise la sociabilité,
- Favoriser un sentiment de confort,
- Faciliter l'intervention des familles, des bénévoles.

### **2.1.2 La méthodologie utilisée**

L'axe central de la méthode retenue reposait principalement sur le dynamisme collectif conduisant à une évaluation complète de tous les espaces au sein du CEV. Dans ce contexte, il s'agissait d'analyser les options envisageables sur le plan de l'optimisation des organisations et des moyens.

#### **La création d'un groupe projet et de cinq sous groupes de travail**

Afin de prolonger l'action, j'ai ainsi mis en place un **groupe projet pluridisciplinaire**<sup>26</sup>. Pour une meilleure efficacité de l'organisation, il m'a semblé judicieux de scinder ce groupe en **cinq sous groupes** avec chacun à leur tête un référent désigné, que j'avais pris soin de former à la démarche antérieurement. Il était important que les groupes soient homogènes dans leurs constitutions et qu'ils soient composés au maximum de 10 à 15 personnes.

Ce projet d'envergure nécessite des ressources humaines non négligeables, c'est ainsi qu'au total 169 personnes se sont portées volontaires pour participer à ce travail :

- Personnel soignant, social-éducatif : 131 dont 10 agents de l'équipe de nuit
- Personnel administratif : 13
- Personnel technique et ambulanciers : 9
- Prestataires extérieurs (société de nettoyage et de la sécurité du site) : 9
- Usagers et familles : 2 (participation à plusieurs groupes)
- Bénévoles : 2
- Personnel médical : 1
- Stagiaires : 2

---

<sup>26</sup> Membres de la direction, des professions représentatives de l'ensemble des métiers, de résidents, des familles et de bénévoles.

Cela représente 67% des Equivalents Temps Plein (ETP) total (USLD et MDR) du CEV dont 41% des ETP de la MDR. L'objectif étant de composer un panel élargi afin que chaque catégorie professionnelle soit représentée, et prenne une part active dans cette démarche. Une telle option avait pour objectif dominant l'optimisation du projet dans sa réalisation.

En ce qui concerne l'espace privé et semi-privé, j'ai proposé d'évaluer séparément la MDR, l'USLD et l'unité de psychogériatrie, car le type de prise en charge est différent. Les sous groupes ainsi composés avaient des secteurs définis répartis de la manière suivante :

LES GROUPES	LES ESPACES ETUDIES
<p align="center"><b>GROUPE 1</b> EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace privé</b> : chambre, salle d'eau ou de bain et balcon.</li> <li>▪ <b>Espace semi-privés</b> : espace de transition entre la chambre et les espaces collectifs.</li> </ul>
<p align="center"><b>GROUPE 2</b> USLD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace privé</b> : chambre, salle d'eau ou de bain et balcon.</li> <li>▪ <b>Espace semi-privés</b> : espace de transition entre la chambre et les espaces collectifs.</li> </ul>
<p align="center"><b>GROUPE 3</b> Unité de Psychogériatrie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace privé</b> : chambre, salle d'eau ou de bain et balcon.</li> <li>▪ <b>Espace semi-privés</b> : espace de transition entre la chambre et les espaces collectifs.</li> </ul>
<p align="center"><b>GROUPE 4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace de vie collective</b> : circulations, escalier, ascenseur, sanitaires, accueil, entrée, restauration, activité, terrasse, accueil de jour, espace de liaison inter bâtiments.</li> <li>▪ <b>Espace de service</b> : administration, service logistique, locaux professionnels, locaux pour les familles.</li> </ul>
<p align="center"><b>GROUPE 5</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espaces Extérieurs</b> : parking, promenade, jardin.</li> <li>▪ <b>Espace Urbains de proximité</b> : équipements publics, commerces, transport.</li> </ul>

### Composition des cinq sous-groupes

Le cadre supérieur du pôle gériatrique fut désigné « chef de projet » afin de suivre l'évolution des travaux et d'en assurer la continuité à mon départ. Sous la responsabilité de ma tutrice, j'avais au sein des équipes une fonction de « manager ». Il m'a paru opportun d'associer l'ergonome du CHU, afin qu'elle apporte son expertise tout au long

des différentes phases du projet. La toute première séance de travail, avec le groupe projet, fut consacrée essentiellement à l'explication de la méthode employée et à la présentation du planning des réunions, retenu dans le cadre de ce travail.

## Les étapes de la démarche :

Une démarche qualité formalisée doit être conduite de manière ordonnée et rigoureuse.

**La première étape**, qu'il paraît important de distinguer par sa pertinence, consistait à « **LA PREPARATION à l'appréciation des espaces** » et a nécessité deux séances de travail de trois heures. Cette étape dite de « préparation » se scinde en deux :

- Le 1<sup>er</sup> temps : « **SENSIBILISATION** » à l'évaluation des besoins et usages
- Le 2<sup>ème</sup> temps : « **TRADUCTION** » des besoins au regard du projet de vie actuel

La première séance dite de « **SENSIBILISATION** » à l'évaluation des besoins et usages a permis à chaque membre des groupes, d'estimer le niveau de prise en compte des besoins. Une fois, le besoin estimé, ils ont noté la ou les valeur(s) de références correspondant à ce besoin.

B 1

Temps 1

Feuille de Travail

SENSIBILISATION à l'évaluation des Besoins et des Usages

*Après avoir échangé sur le besoin, estimer son niveau de prise en compte par l'établissement dans la globalité de son fonctionnement actuel (pratiques, moyens et espaces de vie).*

<b>A</b>	Bien pris en compte
<b>B</b>	Moyennement pris en compte
<b>C</b>	Faiblement pris en compte
<b>D</b>	Pas de prise en compte
<b>nc</b>	Non concerné

*Après avoir identifié le besoin à satisfaire, noter à quelle(s) valeur(s) il répond pour l'ensemble de l'équipe.*

1. ESPACE PRIVÉ de la chambre ou du logement																							
n°	Besoins à satisfaire	Principaux usages correspondant au besoin	Correspondance entre besoins et valeurs																				
1.0	Entrer ou sortir de la chambre ou du logement	<p>1. Repérage personnalisé et clair de la porte d'entrée ou de l'accès au balcon, y compris pour les personnes qui souffrent de désorientation spatiale et pour leurs visiteurs.</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.7em;">Repérage</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>nc</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>2. Passage aisé et suffisamment large se faisant sans l'aide d'un tiers y compris en fauteuil roulant. Seuil permettant le passage même avec un déambulateur. Poignées et serrures facilement préhensibles et utilisables par tous...</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.7em;">Passage</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>nc</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	A	B	C	D	nc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	D	nc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. Respecter le libre-arbitre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité <input type="checkbox"/></p> <p>3. Compenser les situations d'incapacité <input type="checkbox"/></p> <p>4. Favoriser la sociabilité <input type="checkbox"/></p> <p>5. Favoriser un sentiment de confort <input type="checkbox"/></p> <p>6. Faciliter l'intervention des aidants <input type="checkbox"/></p>
A	B	C	D	nc																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
A	B	C	D	nc																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
1.1	S'approprier et identifier son espace privé	<p>1. Possibilité de personnaliser le logement ou le balcon : décoration personnalisée en fonction des désirs de la personne y compris pour les personnes désorientées (matériaux adaptés, surface suffisante...).</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.7em;">Personnalisation</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>nc</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>2. Possibilité de s'approprier et d'identifier son espace privé : meubles personnels, organisation de l'espace selon ses désirs...</p> <p style="text-align: center; font-size: 0.7em;">Identification</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>nc</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	A	B	C	D	nc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	B	C	D	nc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. Respecter le libre-arbitre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité <input type="checkbox"/></p> <p>3. Compenser les situations d'incapacité <input type="checkbox"/></p> <p>4. Favoriser la sociabilité <input type="checkbox"/></p> <p>5. Favoriser un sentiment de confort <input type="checkbox"/></p> <p>6. Faciliter l'intervention des aidants <input type="checkbox"/></p>
A	B	C	D	nc																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
A	B	C	D	nc																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			

### Exemple : Espace privé – Etape de SENSIBILISATION

La deuxième séance, non moins importante, conduit à la « **TRADUCTION** » des besoins au regard du projet de vie existant. En d'autres termes le projet de vie existant tient-il compte des besoins exprimés ? Enfin, pour chaque espace de vie, il a fallu lister toutes

les pratiques professionnelles actuelles qui permettent de répondre aux besoins précédemment exprimés.

<b>B 2</b>	<b>Temps 1</b>	<b>Feuille de Travail</b> <b>TRADUCTION des besoins dans le projet de vie existant</b>										
	<i>Estimer le niveau de prise en compte du besoin à travers l'ensemble des pratiques listées.</i>	<table border="0"> <tr><td><b>A</b></td><td>Bien pris en compte</td></tr> <tr><td><b>B</b></td><td>Moyennement pris en compte</td></tr> <tr><td><b>C</b></td><td>Faiblement pris en compte</td></tr> <tr><td><b>D</b></td><td>Pas de prise en compte</td></tr> <tr><td><b>nc</b></td><td>Non concerné</td></tr> </table>	<b>A</b>	Bien pris en compte	<b>B</b>	Moyennement pris en compte	<b>C</b>	Faiblement pris en compte	<b>D</b>	Pas de prise en compte	<b>nc</b>	Non concerné
<b>A</b>	Bien pris en compte											
<b>B</b>	Moyennement pris en compte											
<b>C</b>	Faiblement pris en compte											
<b>D</b>	Pas de prise en compte											
<b>nc</b>	Non concerné											

<b>1. Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement</b>														
n°	► Lister les pratiques quotidiennes actuelles qui permettent de répondre à chacun des besoins des personnes âgées	► Respect des valeurs de référence												
1.0	<b>Entrer ou sortir de la chambre ou du logement :</b> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Respecter le libre-arbitre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Compenser les situations d'incapacité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Favoriser la sociabilité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Favoriser un sentiment de confort</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Faciliter l'intervention des aidants</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Respecter le libre-arbitre	<input type="checkbox"/>	2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité	<input type="checkbox"/>	3. Compenser les situations d'incapacité	<input type="checkbox"/>	4. Favoriser la sociabilité	<input type="checkbox"/>	5. Favoriser un sentiment de confort	<input type="checkbox"/>	6. Faciliter l'intervention des aidants	<input type="checkbox"/>
1. Respecter le libre-arbitre	<input type="checkbox"/>													
2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité	<input type="checkbox"/>													
3. Compenser les situations d'incapacité	<input type="checkbox"/>													
4. Favoriser la sociabilité	<input type="checkbox"/>													
5. Favoriser un sentiment de confort	<input type="checkbox"/>													
6. Faciliter l'intervention des aidants	<input type="checkbox"/>													
1.1	<b>S'approprier et identifier son espace privé :</b> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Respecter le libre-arbitre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Compenser les situations d'incapacité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Favoriser la sociabilité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Favoriser un sentiment de confort</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Faciliter l'intervention des aidants</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1. Respecter le libre-arbitre	<input type="checkbox"/>	2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité	<input type="checkbox"/>	3. Compenser les situations d'incapacité	<input type="checkbox"/>	4. Favoriser la sociabilité	<input type="checkbox"/>	5. Favoriser un sentiment de confort	<input type="checkbox"/>	6. Faciliter l'intervention des aidants	<input type="checkbox"/>
1. Respecter le libre-arbitre	<input type="checkbox"/>													
2. Prévenir les risques, sentiment de sécurité	<input type="checkbox"/>													
3. Compenser les situations d'incapacité	<input type="checkbox"/>													
4. Favoriser la sociabilité	<input type="checkbox"/>													
5. Favoriser un sentiment de confort	<input type="checkbox"/>													
6. Faciliter l'intervention des aidants	<input type="checkbox"/>													

B 2

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité

1

### **Exemple : Espace privé – Etape de TRADUCTION**

Dans le cadre du projet de vie actuel, ils ont mesuré le niveau de prise en compte de l'ensemble des pratiques et en même temps, vérifier si les pratiques quotidiennes correspondent aux valeurs de référence définies préalablement. Ils ont aussi formulé des perspectives d'évolution du projet de vie actuel.










Ce travail à l'aide de fiches ci-dessus illustrées, a permis aux équipes de se familiariser avec les notions de besoins et d'usages, et d'en apprécier le degré de prise en compte des besoins dans le projet de vie. Si cette phase de préparation a semblé fastidieuse et surtout « théorique » par son approche subjective, elle a surtout contribué à orienter les regards de l'ensemble des professionnels sur le niveau actuel de prise en compte des besoins et usages tels qu'ils sont aujourd'hui satisfaits au CEV. Elle a aussi permis une nouvelle approche en matière de pratiques professionnelles en lien avec le projet de vie. L'analyse des données recueillies a ensuite été comparée aux résultats obtenus dans la 2<sup>ème</sup> étape.




Les enjeux de la démarche se trouvent dans la nécessité de faire évoluer cette qualité d'usage afin qu'elle soit en adéquation avec les besoins à satisfaire des personnes âgées accueillies.

Cette analyse de l'existant étant menée, j'ai aussi mesuré, dans une deuxième étape, l'écart entre la qualité d'usage ressentie et la qualité d'usage observée.

**La 2<sup>ème</sup> étape** à « **L'APPRECIATION des espaces de vie** » a été la phase la plus longue.

Ce travail guidé par un questionnaire a permis de constituer un panorama complet des espaces, des équipements et des matériaux. Il a conduit à la redéfinition des espaces de vie des résidents, ainsi que les espaces de travail des professionnels. S'appuyant sur les données ainsi recueillies, les groupes d'eux même commençaient à esquisser des éléments de réponse et d'étudier de nouvelles pistes d'actions possible afin de tendre vers une amélioration des réponses aux besoins formulés.

C 1 a		Feuille de travail Appréciation des espaces de vie					
Temps 2 - Visite 1		Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement					
Après avoir pris connaissance de la question, estimez-vous que l'espace  et/ou l'équipement  ont la capacité de répondre au besoin de façon satisfaisante ?		A	B	C	D	nc	<b>OUI</b> (la capacité de l'espace (ou équipement) est satisfaisante) <b>OUI mais</b> (il reste des choses à faire) <b>OUI à revoir</b> (la capacité de l'espace est peu satisfaisante) <b>NON</b> (l'espace ne répond pas au besoin) nc non concerné
1.0		ENTRER OU SORTIR DE LA CHAMBRE OU DU LOGEMENT					
Question n°	Niveau de qualité					Pistes et idées d'actions envisageables en termes de projet de vie ou d'espace de vie	
	A	B	C	D	nc		
<b>Q 1.0.a</b> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les chambres des personnes âgées sont-elles identifiables par une signalétique adaptée ? <b>Permettre l'identification par des choix de nom de fleurs, de poissons ... Choix de couleurs vives ou pastels</b>	
<b>Q 1.0.b</b> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'éclairage prévue devant l'entrée permet-il aux résidents de repérer leur chambre ? <b>Point lumineux sur chaque porte d'entrée</b>	
<b>Q 1.0.c</b> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La poignée et le système de verrouillage de la porte d'entrée sont-ils manipulables par une personne ayant des difficultés de préhension ? <b>Attention particulière à la solidité des équipements.</b>	
<b>Q 1.0.d</b>  	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La porte de la chambre est-elle manœuvrable par une personne à mobilité réduite ou en fauteuil roulant ? <b>Réduire ou supprimer les obstacles au sol et dans les passages.</b>	
<b>Q 1.0.e</b> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La chambre dispose-t-elle d'une entrée conçue de manière à servir de sas avec l'extérieur ? <b>Prévoir un vestibule.</b>	
<b>Q 1.0.f</b> 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

 Espace   
  Équipement   
  Esp: (En bleu : les réponses formulées par le personnel)

### **Exemple : Espace privé – Etape d'APPRECIATION**



J'ai programmé et coordonné avec les cadres de santé six visites sur le secteur MDR (3h30 en moyenne par visite) : deux de nuit (pour rencontrer le personnel des deux roulements de planning) et quatre de jour (pour rencontrer les deux équipes du matin et les deux équipes d'après-midi). Ce temps de rencontre avec les équipes a permis au personnel d'apprécier l'innovation de la démarche, ainsi que la participation de la Direction à ce travail dit « de terrain ». Chaque groupe a été accompagné d'un résident ceci afin d'évaluer leurs capacités à utiliser l'espace même avec leurs handicaps. Ce temps a permis de réaliser un état des lieux complet de l'usage de l'ensemble des espaces de vie du CEV, en respectant le parcours du résident. Mon rôle a été de favoriser la prise de parole, pour que chacun puisse s'exprimer et formuler des propositions d'amélioration à la fois sur le cadre bâti mais aussi sur les équipements. J'ai pu participer à toutes les visites me permettant d'accompagner les cadres des cinq groupes.

**La 3<sup>ème</sup> étape** est « **LA SYNTHÈSE comparative des résultats** ». J'ai transcrit les résultats obtenus des deux premiers temps sur des tableaux de synthèse informatique fournis par le guide.

**B 3 Temps 1 Feuille de Travail – RÉCAPITULATIF des éléments de la préparation**

Report des niveaux de prise en compte du besoin

**A** Bien pris en compte  
**B** Moyennement pris en compte  
**C** Faiblement pris en compte  
**D** Pas de prise en compte  
 nc Non concerné

Report du respect des valeurs de référence

**1** Respecter le libre-arbitre  
**2** Prévenir les risques, sentiment de sécurité  
**3** Compenser les situations d'incapacité  
**4** Favoriser la sociabilité  
**5** Favoriser un sentiment de confort  
**6** Faciliter l'intervention des aidants

▶ Reporter dans les cases des tableaux ci-dessous, les évaluations réalisées pendant la phase de préparation

1. ESPACE PRIVÉ de chambre ou du logement	SENSIBILISATION à l'approche des Besoins et Usages				TRADUCTION Besoins / Projet de vie					
	Niveau de prise en compte*				Respect des valeurs (OUI = X)					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
BESOINS À SATISFAIRE										
1.0 Entrer ou sortir de la chambre ou du logement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 S'approprier et identifier son espace privé					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Se déplacer dans la chambre ou le logement					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Préparer et prendre ses repas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Dormir et se reposer					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Prendre soin de son corps et recevoir des soins					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Ranger et entretenir					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Voir, regarder et être en contact avec l'extérieur					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Disposer des éléments de confort					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Se sentir protégé et en sécurité					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* reporter la lettre A, B, C, D ou nc

▶ Noter les points forts ou les points faibles du projet de vie et les idées relevées concernant l'espace PRIVÉ de la chambre ou du logement

Ce récapitulatif sera à saisir en informatique pour préparer la synthèse du Temps 3 « ANALYSE ».

B 3

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité

1

**Exemple de tableau de synthèse de la 1<sup>ère</sup> étape**

**Le 4<sup>ème</sup> étape** repose sur « **LES PROPOSITIONS D'EVOLUTION de la qualité de l'établissement** ». J'ai mis en exergue les points forts et les points faibles du projet de vie actuel et ainsi commenter en quoi le projet de vie actuel répond aux valeurs de référence du projet d'établissement, afin de formaliser des propositions d'amélioration et donc un nouveau projet de vie. De plus, j'ai évalué et précisé en quoi chacun des espaces de vie existants a la capacité de répondre aux besoins à satisfaire et apporter ainsi des propositions en termes de projet d'aménagement (cadre bâti et équipements).

J'ai élaboré des fiches récapitulatives par espace de vie en proposant des évolutions du projet de vie actuel (nécessité d'élaborer un projet de vie plus individualisé : le projet de vie du CEV et le projet de vie individuel doivent tenir compte du passage entre la vie à domicile et la vie en institution pour leur permettre autant que possible, une continuité de leur histoire et de leur mode de vie.

Afin de finaliser, j'ai présenté une synthèse de ce travail à l'ensemble du personnel leur permettant de prendre connaissance des résultats obtenus. Ils se déclinent en différents points :

- Présentation d'indicateurs mesurant le niveau d'adéquation entre la prise en compte des besoins exprimés dans le projet de vie actuel et l'aptitude de l'espace de vie à y répondre
- Evaluation de l'état actuel de la structure
- Présentation des points forts et des points faibles de la qualité d'usage des espaces de vie existants et propositions d'évolution
- Présentation des points forts et des points faibles du projet de vie actuel et propositions d'évolution.

Ce travail m'a permis de disposer d'une « photo » réelle de l'établissement. Malgré de notables modernisations et rénovations, le Centre Emma Ventura doit aujourd'hui évoluer au niveau architectural, améliorant ainsi son niveau de réponses apportées aux besoins des personnes âgées, des aidants mais aussi des professionnels.

## **2.2 Un état des lieux préoccupant**

Le fonctionnement du CEV est actuellement impacté par de nombreux obstacles, qui empêchent d'offrir une prise en charge de qualité aux usagers (2.2.1) et ne permettent pas des conditions de travail optimales pour les professionnels (2.2.2).

### **2.2.1 Le constat d'une architecture vétuste et de l'inadaptation architecturale de l'institution pour des personnes âgées**

Le CEV a une superficie de 22 521 m<sup>2</sup>. Il est composé de 11 bâtiments de taille variable. L'hébergement est concentré sur un seul et même bâtiment, appelé bâtiment central dont



la modernisation devient aujourd'hui incontournable. Les problèmes de vétusté, de sécurité, d'accessibilité, de confort sont omniprésents et le non respect des normes légales oblige une urgente modernisation, nécessitant d'importants travaux.

L'outil d'auto-évaluation utilisé a permis d'effectuer un bilan et un diagnostic complets de l'établissement. L'analyse des réponses a mis en exergue des carences importantes dans les différents espaces étudiés, notamment le manque d'adéquation entre les besoins exprimés dans le projet de vie et l'inaptitude de l'espace de vie à y répondre, comme je le montre en « Annexe 2 ». Il s'avère que le projet de vie élaboré en 2006 ne permet pas de répondre aux besoins des résidents en totalité et parfois même, l'espace de vie ne permet de mettre en œuvre ce que le projet de vie décrit. La différence qui subsiste entre ces deux données oblige le directeur à mener un travail sur cette adéquation et cela, pour l'ensemble des espaces de vie.

Notons que la problématique reste la même quelque soit l'espace visité :

- la vétusté technique du bâtiment (électricité, isolation, fluide, sécurités diverses)
- des locaux bruyants et mal isolés
- la nature des sols ne permet pas une sécurité optimale face aux chutes
- les éclairages sont insuffisants
- l'accès difficile aux fauteuils roulants
- l'insuffisance des équipements
- le manque général d'intimité

L'intégralité des résultats est mise en « Annexe 3 » mais les premières constatations donnent déjà une première idée très technique des éléments architecturaux à améliorer.

De manière générale, l'hébergement ne répond pas aux normes actuelles : les chambres sont exiguës, en particulier celles à un lit qui ne comportent pas de douche. Seulement 84 chambres sont équipées d'une douche et 70 chambres équipées d'un WC accessible en fauteuil roulant. Notons qu'il existe actuellement 57 chambres à un lit de 17 m<sup>2</sup>, 24 chambres de deux lits de 24 m<sup>2</sup> et 70 chambres de quatre lits de 70 m<sup>2</sup> (plus de 50% des chambres sont à 4 lits). En application de l'Arrêté du 26 avril 1999<sup>27</sup>, les chambres à 4 lits ne sont plus autorisées et le nombre de chambres à 2 lits ne doit pas dépasser 10%. Aucune chambre n'est équipée de stores électriques, d'une détection incendie (ce qui argumente l'avis défavorable émis par la commission départementale pour la sécurité contre les risques incendie et de panique dans les ERP lors de sa visite le 9 avril 2009), d'un mitigeur thermostatique, d'interrupteurs et de commandes à hauteur accessible. Les longueurs des couloirs rendent difficile l'accès aux lieux de convivialité (salle à manger, salon).

---

<sup>27</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

La circulation des véhicules est limitée et les espaces de stationnement des véhicules du personnel et des visiteurs sont insuffisants, et la nécessité de prévoir une majorité de places de parking souterrain sous les bâtiments neufs, conformément aux normes de sécurité en vigueur se font sentir.

Structurellement, la réhabilitation lourde du bâtiment central est soumise au respect des règles parasismiques en vigueur conformément à l'arrêté du 29 mai 1997<sup>28</sup> et au décret du 13 septembre 2000<sup>29</sup> qui oblige une analyse de vulnérabilité de ce bâtiment.

L'établissement conjuguera harmonieusement réhabilitation et extension par la construction de bâtiments juxtaposés sur le même site. Son avenir architectural permettra d'accueillir des résidents dans un bâtiment qui est inscrit dans leur mémoire et, pour certains, fait partie de leur histoire de vie. Ce projet devra aussi répondre aux difficultés que le personnel rencontre au quotidien dans l'exercice de ses fonctions exprimant ainsi une démotivation et une souffrance.

### **2.2.2 Des conditions de travail pénibles pour les professionnels**

Le caractère pénible du travail exercé est un phénomène important qu'il est primordial de prendre en compte. En effet, les contraintes liées au rythme du travail sont fortement perçues, notamment par les infirmières estimant détenir de moins en moins de temps pour accomplir correctement leur travail. Les longueurs de circulation au sein des étages sont importantes, ce qui induit une perte de temps et « un épuisement » certain pour le personnel. Les distances parcourues, le mobilier inadapté sont autant d'éléments détériorant les conditions de travail.

Une étude au sein du CHU a recensé les principales causes : les troubles musculo-squelettique (TMS)<sup>30</sup> en lien avec une charge physique importante (manutentions...), les postures de travail inconfortables, les horaires atypiques incompatibles avec la vie personnelle, les charges psychologiques, les ambiances de travail (éclairage, bruit ...).

Le cadre de travail ayant de nombreuses incidences sur la vie en institution, il convient alors dans tout projet de réhabilitation/construction de prendre en compte l'ergonomie et les conditions de travail avec la participation des professionnels.

Aussi, prendre des dispositions qui concourent à de bonnes conditions de travail n'est pas en opposition avec celles qui assurent une bonne fonctionnalité. Une meilleure prévention

---

<sup>28</sup> Arrêté du 29 mai 1997 relatif à la classification et aux règles de construction parasismique applicables aux bâtiments de la catégorie dite « à risque normal » telle que définie par le décret n°91-461 du 14 mai 1991 relatif à la prévention du risque sismique.

<sup>29</sup> Décret n°2000-892 du 13 septembre 2000 portant modification du code de la construction et de l'habitation et du décret n° 91-461 du 14 mai 1991 relatif à la prévention du risque sismique.

<sup>30</sup> En 2008, 1351 absences (USLD et MDR) pour « accident de travail » ont été comptabilisées contre 1303 en 2007 au CEV.

des risques sur le lieu de travail fait partie des priorités d'actions et permet, à la clef, de réduire de façon significative l'absentéisme.

Enfin, en répondant mieux aux attentes des professionnels, le sentiment d'appartenance est renforcé ce qui a pour conséquence de les fidéliser et de pouvoir rendre attractif l'établissement.

L'un des volets à ne pas négliger, lors de la mise en place de la filière gériatrique, est l'ensemble des mesures à mettre en place contribuant à l'amélioration de vie au travail des professionnels. Une bonne gestion des ressources cadre parfaitement avec l'ensemble des politiques préconisées dans ce domaine et c'est la garantie de l'amélioration recherchée en matière de prise en charge des personnes âgées.

## **2.3 Le projet de réhabilitation/construction : une opportunité à la mise en place de la filière gériatrique et une prise en compte de données réglementaires et techniques**

*« Voir des hommes avant de s'autoriser à voir des formes architecturales »* André Wogensky

L'objectif général du projet est de concevoir **un centre gérontologique**, lien entre le sanitaire et le médico-social. Ce projet participe à la concrétisation d'une filière gériatrique complète au CEV (2.3.1) passant par la modernisation de la structure qui s'inscrit donc dans un cadre législatif contraignant (2.3.2).

### **2.3.1 Une filière gériatrique pour répondre à de nouveaux besoins en forte croissance**

Le CEV a ainsi souhaité conformément au cahier des charges du décret du 26 avril 1999 et au regard des dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, construire son avenir en clarifiant ses orientations et prendre place au sein du maillage gérontologique de l'île, en s'inscrivant pleinement dans la politique sanitaire et médico-sociale. La filière gériatrique est fondée dans un corpus de textes assez récents. A travers les circulaires qui la structurent<sup>31</sup>, la filière est énoncée comme un objectif pour faire face au défi du vieillissement de la Martinique.

Parmi les priorités recensées dans le plan directeur<sup>32</sup> et traduites dans le Contrat Pluriannuel des Objectifs et des Moyens (CPOM) 2007-2011 du CHU de Fort de France, la troisième priorité traduit l'impérieuse nécessité de réhabiliter le CEV. Le projet

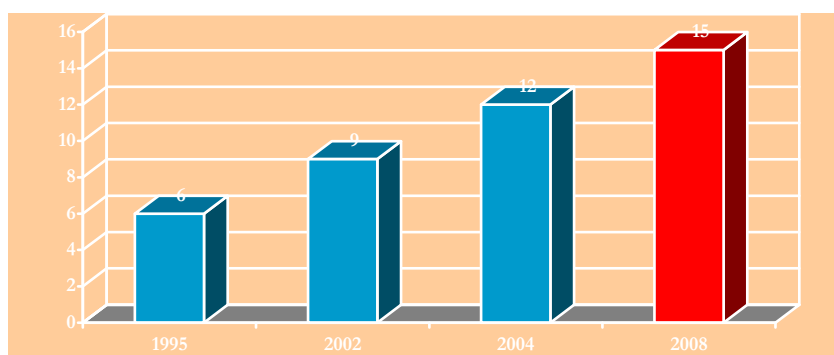
---

<sup>31</sup> Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et la Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007.

<sup>32</sup> Adopté par le conseil d'administration le 25 avril 2006 avec avis conforme de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE).

d'établissement répond ainsi aux orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III qui considère le vieillissement de la population comme un enjeu majeur de la Martinique dans les deux décennies qui arrivent. La création d'une filière gériatrique<sup>33</sup> complète au sein du CHU demande la mise à niveau de chacun de ses maillons (Orientations stratégiques n°1 du projet d'établissement du CHU « *déployer une offre de soins de proximité de qualité : organisation d'une filière gériatrique* »).

Les personnes âgées représentent un tiers des séjours hospitaliers et plus des deux tiers des admissions à l'hôpital non programmées. Le CHU de Fort de France doit aujourd'hui s'adapter à ces nouveaux besoins. Pour une personne très âgée, fragile et souffrant souvent de plusieurs maladies, l'hospitalisation peut présenter un risque majeur de déstabilisation et de perte d'autonomie. Il convient alors d'organiser sur chaque territoire de santé une filière gériatrique comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés<sup>34</sup>. Une filière gériatrique « *doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* »<sup>35</sup>. Au CHU de Fort-de-France en 2003, près de 40% des séjours hospitaliers concernait les personnes âgées de 65 ans et plus (21000 séjours sur 55000 soit 38.18%) et 30% des malades hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)<sup>36</sup> en 2004.



#### **Nombre de 75 ans et + aux urgences par jour de 1995 à 2004**

Parallèlement, nous constatons une forte progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés : 80% des plus de 75 ans admis aux urgences sont hospitalisés contre 40 % des 40-65 ans. Le recours à l'hospitalisation est plus marqué avec l'avancée en âge et augmente plus vite que ne vieillit la population, ce qui traduit un changement des comportements des personnes âgées dans leur mode de consommation de soins et

<sup>33</sup> Autorisée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) en mars 2009.

<sup>34</sup> Préconisation décrite dans le Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté par P. BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille - Juin 2006.

<sup>35</sup> Définition par la Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007.

<sup>36</sup> UHCD localisée au service d'accueil et urgences du CHU de Fort-de-France.

d'utilisation du système de santé. Aujourd'hui, l'hôpital doit s'adapter à la prise en charge des personnes âgées. A cet effet, Monsieur le Président de la République lors de son discours<sup>37</sup> sur la réforme de l'hôpital à Neufchâteau, le 17 avril 2008, déclarait « *pour que les urgences fonctionnent mieux, ce qui est un problème considérable, l'hôpital doit s'adapter au vieillissement de la population* » et « *j'appelle l'hôpital à faire ce double mouvement : recentrage sur son cœur de métier, la phase aiguë de la maladie et reconversion vers la prise en charge du grand âge et de la dépendance [... ] C'est une nécessité absolue pour que notre pays accompagne dignement nos aînés et nos concitoyens les plus fragiles* ».

Intégré au pôle gériatrique du CHU de Fort de France, le centre gérontologique d'Emma Ventura permettra de voir naître la **première filière gériatrique complète en Martinique** dont le descriptif est en « Annexe 4 ». La prise en charge des urgences gériatriques au CHU de Fort-de-France pourra ainsi être rapidement améliorée en optimisant la filière gériatrique existante. Comme le précise le rapport de MM. JEANDEL, PFITZENMEYER, VIGOUROUX, commandé en avril 2006 par Xavier BERTRAND et Philippe BAS, intitulé « *Un programme pour la gériatrie* »<sup>38</sup>, le CHU de Fort de France doit d'être « *un établissement de santé centre référent gériatrique, coordonnateur de la filière* ».

Malgré le déficit du CHU de Fort de France et la mise en œuvre de son plan de retour à l'efficience à l'horizon 2013, la réhabilitation du CEV demeure aujourd'hui une nécessité institutionnelle et une obligation. Sans référence juridique, « *réhabiliter* » signifie « *rétablir dans l'estime* » (1740). Le verbe a pris récemment (avant 1968) le sens de « *remettre en état, rénover* » emprunté à l'anglais *to rehabilitate* (avant 1966). Le dérivé réhabilitation a suivi l'évolution sémantique du verbe puis signifie « *fait de restituer ou de regagner de l'estime perdue* »<sup>39</sup> (1762, Voltaire) et « *rénovation* » d'après l'anglais *rehabilitation*. Ainsi, réhabiliter c'est en quelque sorte donner l'occasion de modifier son regard porté sur l'autre, de changer son point de vue.

Ce projet est l'occasion de se projeter dans l'avenir, d'anticiper de nouveaux besoins, et d'imaginer de « *nouveaux lendemains* ». Il va être un processus permettant à l'ensemble des acteurs de se déplacer pour se rencontrer, d'échanger et se retrouver partenaires dans la mise en œuvre d'une politique répondant aux besoins des usagers.

---

<sup>37</sup> [http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&cat\\_id=7&press\\_id=1303&lang=fr](http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&cat_id=7&press_id=1303&lang=fr)

<sup>38</sup> JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P. *Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, p. 4.

<sup>39</sup> Dictionnaire historique de la Langue Française.

Si cette filière gériatrique complète s'inscrit pleinement au moment même où le projet de réhabilitation du CEV émerge, elle oblige la prise en compte d'un cadre législatif important.

### **2.3.2 Un contexte législatif et réglementaire important à considérer**

Le rythme des réformes s'est accéléré depuis une dizaine d'années imposant un cadre législatif et réglementaire que tout projet de réhabilitation//construction se doit de respecter. Conduire un projet architectural en établissement public requière de la rigueur dans l'ordre des étapes suivies, malgré des procédures clairement définies par la réglementation. Ces bâtiments répondent à des normes strictes en termes : de conditions de sécurité des usagers, de conception, de solidité et des conditions thermiques, de confort, d'hygiène-santé, d'acoustique et d'accessibilité. Tous ces paramètres doivent faire l'objet d'études scrupuleuses, pour que l'intérêt du résident et l'adaptation de la structure à sa situation soient prépondérants.

#### **Sécurité incendie**

La sécurité incendie est devenue progressivement un sujet sensible. Cette sensibilité et cette volonté de lutter contre les risques d'incendie se sont traduites en textes réglementaires. Concrètement, en matière de sécurité incendie, le programme définira les différentes contraintes réglementaires et techniques et notamment le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP) conformément à l'arrêté du 25 juin 1980<sup>40</sup>. Un ERP doit être conçu de manière à permettre de limiter les risques d'incendie, d'alerter les occupants de la réalisation d'un sinistre, de favoriser leur évacuation, d'éviter la panique, de permettre l'alerte des services de secours et de faciliter leur intervention. Pour cela, des règles sont imposées. La sécurité incendie repose sur le code de la construction, notamment sur les articles R-123-9 à R-123-55, qui précise les dispositions applicables aux ERP. La réglementation impose que chaque ERP soit classé dans une catégorie homogène, déterminée à partir de son type et de sa nature afin de proportionner les mesures de prévention aux risques encourus par le public reçu. Le type dépend de la nature de l'exploitation (article R123-18). Le CEV est et restera classé comme un établissement de type U<sup>41</sup>. Ce classement n'est pas sans conséquences sur la conception et l'organisation du bâtiment ainsi que sur les matériaux qui seront employés. La mise en place des mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir au sein de

---

<sup>40</sup> Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

l'unité des personnes âgées accueillies comme l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge.

### **Contraintes architecturales**

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment « d'enfermement ». La conception des espaces de circulation et des escaliers ont une largeur minimale de deux unités de passage soit 140 centimètres. L'accessibilité en façade doit être assurée par une façade supplémentaire permettant d'intervenir à tous les niveaux, ou par une baie accessible permettant l'accès à chaque zone. Ces contraintes, dont la liste n'est pas exhaustive, peuvent parfois limiter la créativité de la part de l'architecte, surtout au sein du bâtiment central où il existe des murs porteurs.

De plus, les bâtiments doivent être accessibles aux personnes handicapées (places de stationnement, portes suffisamment larges, rampes d'accès, ascenseurs, toilettes pour handicapés...).

Par ailleurs, les pouvoirs publics placent comme action prioritaire, la mise en accessibilité des EPR. En effet, le dispositif réglementaire issu de la loi du 11 février 2005<sup>42</sup> rend obligatoire la mise en accessibilité des ERP à l'échéance de 2015, après avoir établi un diagnostic en 2010. La réussite du projet de réhabilitation du CEV et la satisfaction des besoins des usagers et des professionnels nécessitent l'intégration de ce cadre législatif dès le programme. Enfin, n'oublions pas d'intégrer dans le projet architectural, la démarche Haute Qualité Environnementale (HQE) qui n'est pas obligatoire, mais qui s'impose, car elle argumente des demandes d'aides financières auprès de divers organismes<sup>43</sup>.

### **Hygiène**

L'hygiène en institution est particulièrement surveillée, tant au niveau de la lingerie qu'au niveau du service de restauration, mais aussi pour l'ensemble des locaux en général. Dans un établissement qui accueille des personnes âgées fragiles, il est impératif de veiller à ce que les conditions d'hygiène soient optimales. Les principes de séparation des « circuits propres et sales » qui consistent à une organisation sans croisement des flux s'appliquent en lingerie et en cuisine. Au sein des unités, ce principe est résolu par

---

<sup>41</sup> Le type U regroupe les établissements de soins, les établissements pour personnes handicapées ou les personnes âgées non hébergées dans des foyers logements.

<sup>42</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>43</sup> Agence De l'Environnement et de la Maîtrise d'Energie (ADEME), Electricité De France (EDF).

l'utilisation de chariots étanches. Les impératifs sécuritaires découlant de la législation en vigueur<sup>44</sup> conditionnent alors une large part de la conception des locaux dits « à risques » : local poubelle, lieu de stockage du linge sale, lieu de stockage des denrées alimentaires ... Il convient donc, dans tout projet, de concilier la qualité de vie des résidents, la qualité de travail des professionnels et la prise en compte de l'ensemble des normes « sécuritaires ».

## **2.4 Une nécessaire réhabilitation du Centre Emma Ventura : un projet d'envergure**

Ce projet n'est pas qu'une simple rénovation du bâtiment central existant. Il s'agit de procéder à une réelle transformation physique du CEV (2.4.1) qui oblige également la prise en compte des recommandations décrites par la loi du 11 février 2005 (2.4.2).

### **2.4.1 L'architecture : une ressource pour les résidents comme pour le personnel**

Ce programme de réhabilitation est le support d'une reconstruction d'espaces : espaces de vie pour l'utilisateur, espaces de travail pour le personnel, espace de rencontre pour les acteurs de l'institution au regard du constat décrit en « Annexe 5 ». Pour Philippe Picard<sup>45</sup> « *plus un individu passe de temps dans un espace, plus ce dernier doit être en adéquation avec les besoins du premier* »<sup>46</sup>. L'enjeu qualitatif est important car l'espace architectural peut être ressource ou contrainte.

L'architecture des EHPAD doit résoudre des contradictions et gérer des complexités chaque jour : il faut concilier la nécessité de conserver à la personne âgée sa liberté tout en rendant facile sa surveillance, préserver son autonomie tout en assurant sa sécurité, organiser des espaces concentrés pour limiter les déplacements des professionnels et, dans un même temps, rechercher des espaces de promenade et de déambulation (pour les patients « Alzheimer»). Le projet architectural du CEV doit s'adapter à sa singularité et ses spécificités. Il doit être bâti en référence à son histoire et en lien avec son projet de vie en tenant compte de l'architecture des bâtiments existants. Il faut adapter l'architecture à la personne âgée et non le contraire. Ceci implique de prendre en considération les besoins créés par la pathologie, sans oublier les besoins liés au vieillissement physique.

---

<sup>44</sup> Exemple : Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

<sup>45</sup> Architecte programmeur Direction du Patrimoine et de la Logistique à l'Assistance-Publique-Hôpitaux de Paris.

<sup>46</sup> PICARD P., *Gériatrie et espaces architecturaux*, p.50.



Pour Jean-Pierre BOUTINET<sup>47</sup>, le projet architectural « *naît d'un problème, d'une question posée par la maître d'ouvrage au maître d'œuvre ; cette question concerne toujours la nécessité de mieux habiter un espace donné au départ comme informe* ». Au sein du projet, se joue une relation dialectique incessante entre conception et réalisation, entre l'espace du projet et l'espace de l'objet. Le projet architectural est l'art de gérer la complexité, d'abord en prenant en compte les trois impératifs formulés par Vitruve, solidité, commodité, beauté, mais aussi les impératifs modernes de la construction : délais, coûts, qualité définissant la qualité totale. C'est alors que Philippe DEHAN nous rappelle que « *la qualité ne va pas de soi et qu'il faut être attentif à la mise en place d'un processus de production bien contrôlé car chaque phase du projet, de sa définition à sa programmation, de sa conception à sa réalisation, a une influence sur le produit final. Chaque détail doit être pensé et discuté avec les futurs utilisateurs* »<sup>48</sup>.

#### **2.4.2 L'impact de la loi du 11 février 2005 sur la structure**

L'accessibilité est un regard sur les espaces de vie, mis en exergue depuis de nombreuses années par les personnes en situation de handicap physique, sensoriel et/ou intellectuel qui se voient encore exclus de certains ERP à cause de leurs différences. Elle est une des composantes de la qualité de notre environnement. Pour cela, il convient de prendre en compte les différences, les spécificités et permettre à tous d'accéder au même lieu et au même service avec la même qualité d'usage sans discrimination.

Cette accessibilité est le fruit de la concertation, composante clé de la qualité d'usage, devant être intégrée dès la phase d'élaboration du projet et ceci jusqu'à l'exploitation. La réglementation est de plus en plus associée à la notion de bonnes pratiques. Le décret du 17 mai 2006<sup>49</sup> souligne explicitement toutes les problématiques des personnes concernées par l'accessibilité « *quel que soit leur handicap* » et définit le champ de son application dans l'article R.111-18 : « *l'obligation d'accessibilité porte notamment sur les circulations communes intérieures et extérieures, une partie des places de stationnement automobile, les logements, les ascenseurs, les locaux collectifs et leurs équipements* ». Dans l'article R. 111-19-1, un ERP est considéré comme accessible aux personnes handicapées s'il permet à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie « *de circuler, d'accéder aux locaux et aux équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçue* ».

---

<sup>47</sup> BOUTINET J.P., *Psychologie des conduites à projet*, p.43.

<sup>48</sup> DEHAN P. *L'habitat Des Personnes Âgées - Du Logement Adapté Aux Ehpad, Usld Et Unités Alzheimer*, p.94.

<sup>49</sup> Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des ERP, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation.

Cette démarche s'inscrit dans le sens d'un confort et d'une sécurité accrus pour tous aussi bien les usagers, leurs familles et l'ensemble des professionnels de santé. Ce qui est indispensable pour l'un devient un apport de confort et ou de sécurité pour l'autre. Selon Catherine Bachelier, déléguée ministérielle à l'accessibilité, l'accessibilité constitue « *un confort et une amélioration de la qualité de vie pour tous les citoyens handicapés ou non* »<sup>50</sup>. Mais même quand l'accessibilité est prévue dès la programmation, il faut rester très vigilant à tous les stades du projet. Avec l'accessibilité, aucune erreur n'est tolérée sur un chantier. C'est une exigence de tous les instants.

Le directeur doit ainsi mener une véritable politique d'accessibilité pour tous au sein de l'établissement dont il a la responsabilité. Ce sont toutes ces différences qui font la variété de la vie, et c'est cette richesse que l'aménagement doit prendre en compte. Dans cette diversité d'handicap, quelle que soit la situation, chacun doit trouver une place spécifique. Chaque usager a besoin d'aménagement facilitant l'accessibilité et la perception de l'espace afin de développer son autonomie dans les meilleures conditions de confort et de sécurité.

Il est primordial de considérer le développement de cette démarche comme une priorité et un outil managérial pour le directeur, indispensable à la qualité de vie de tous les citoyens. Il revient alors au directeur d'un EHPAD d'impulser une véritable démarche qualité de vie pour tous.

---

<sup>50</sup> Vers une accessibilité généralisée, [http://www.mayenne.pref.gouv.fr/pdf/accessibilite\\_handicapes.pdf](http://www.mayenne.pref.gouv.fr/pdf/accessibilite_handicapes.pdf)  
[site visité le 9 septembre 2009]

### 3 LE MANAGEMENT DE LA QUALITE DES ESPACES DE VIE, UN ELEMENT STRUCTURANT POUR UNE ARCHITECTURE OPTIMISEE

« *L'architecture n'est pas seulement un art ... C'est surtout le cadre, la scène où se déroule notre vie* » Bruno Zevi<sup>51</sup>

Si on ne guérit pas de la vieillesse, on peut la vivre humainement. Les personnes âgées dépendantes ont besoin d'un "lieu de vie" et de soins de qualité. Eric JULLIAN, Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social Public précise que « *la quête d'une architecture optimale ou « architecture bienveillante » passe par une première étape souvent non réalisée, oubliée ou négligée, l'analyse architecturale, mais aussi par l'optimisation de l'acte de construire ou de réhabiliter* »<sup>52</sup>. La prise en compte des fonctions générales du bâtiment existant est certes nécessaire mais pas suffisante.

#### 3.1 Centrer son regard sur l'usage : un changement culturel

Ce concept de convenance est en fait une opportunité pour porter un autre regard sur l'aménagement de l'établissement (3.2.1) et d'impulser une démarche d'amélioration continue de la qualité des espaces de vie du CEV (3.2.2).

##### 3.1.1 Prendre en compte un nouveau concept : « la convenance »

Il est primordial de concevoir et réaliser un environnement de qualité adapté à ses usagers. La qualité de l'environnement passe par adéquations avec les besoins et les aptitudes des usagers. Le bâtiment et les équipements doivent être conçus, réalisés et maintenus pour s'adapter à ce que nous sommes et non l'inverse. La qualité de ce qui est approprié aux besoins et usagers de la société s'appelle la convenance.

Ce concept de convenance s'inscrit dans la continuité du concept d'Accessibilité Universelle ou de « Design for all » développé au niveau européen par les pays anglo-saxons. Convenance c'est concevoir avec et pour tous. Il s'agit de faire de la qualité d'usage un projet social durable, au lieu de faire « *du handicap, un cauchemar* » comme le précise Régis HERBIN<sup>53</sup>. Il faut **développer la notion de « convenance » des espaces de vie** pour tous les usagers plutôt qu'une approche cherchant à résoudre ponctuellement les situations de handicap, avec le risque d'en créer de nouvelles pour

---

<sup>51</sup> Bruno Zevi (Rome, 22 janvier 1918 – 9 janvier 2000) est un architecte, historien de l'art et critique d'art italien.

<sup>52</sup> JULLIAN E. *Vers une architecture « optimale » en EHPAD*, pp. 59-67.

<sup>53</sup> HERBIN R., architecte-urbaniste, Directeur du Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie (CRIDEV).

d'autres. Là où les personnes en situation de handicap et les personnes âgées trouvent « naturellement » leur place, un professionnel doit évoluer avec convenance (c'est-à-dire utiliser l'espace sans inconvénients), aisance et sécurité. Et inversement, il est essentiel que les solutions apportées à un besoin spécifique d'une catégorie d'utilisateurs, ne créent pas de gêne pour d'autres catégories. Cette approche de « l'Accessibilité et de la Perception de l'Espace » (APE)<sup>54</sup> nécessite un changement radical des méthodes de conception. Elle vise à prendre en compte l'ensemble des comforts d'usage dès l'origine du projet. In fine, ce n'est pas ce que nous voyons, mais ce que nous percevons ou ressentons des espaces de vie qui doit être considéré.

La convenance des espaces de vie n'est pas une contrainte mais **une opportunité**, un véritable outil d'aide à la création de la qualité. Ce concept oblige le développement d'une culture « d'entreprise » axée sur le confort et la sécurité pour tous. En effet, la qualité en matière d'accessibilité et de perception de l'espace ne se satisfait pas d'une démarche approximative. Elle demande de la vigilance et de la précision. L'espace construit ne doit plus être un parcours d'obstacles, mais une invitation à l'échange et à la détente, cela suppose :

- **De la vigilance**, car la moindre discontinuité dans les procédures ou les réalisations peut rendre tout un espace inaccessible ou imperceptible.
- **De la précision**, car le moindre centimètre, ou le moindre pourcentage de pente en trop ou en moins, peut mettre en situation de difficulté ou exclure une personne vulnérable.

Pour Michel TACHON, « *un projet architectural n'est pas qu'un bâtiment, il doit questionner les usages et les pratiques professionnelles* »<sup>55</sup>. La qualité d'usage des différents espaces de vie est quand à elle un facteur essentiel pour garantir le respect des personnes âgées accueillies et pour leur procurer un cadre de vie satisfaisant.

### 3.1.2 Développer une nouvelle notion : la qualité d'usage

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social. P. DUCALET et M. LAFORCADE définissent la qualité sous plusieurs dimensions : « *l'efficacité (aptitude à atteindre les résultats attendus), l'efficience (aptitude à produire au moindre coût), la sécurité, l'acceptabilité des interventions, et l'accessibilité des prestations dans toutes ses dimensions : géographique, économique,*

---

<sup>54</sup> HERBIN R., *Aménagement de l'espace : quelques règles à suivre*, Novembre 2002  
[http://www.constructif.fr/Article\\_15\\_20\\_66/Amenagement\\_de\\_l\\_espace\\_quelques\\_regles\\_a\\_suivre.html](http://www.constructif.fr/Article_15_20_66/Amenagement_de_l_espace_quelques_regles_a_suivre.html), [site visité le 21 juillet 2009]

<sup>55</sup> TACHON M., Sociologue, *Architecture des EHPAD*, cours in EHESP du 9 septembre 2009.

*sociale et culturelle* »<sup>56</sup>. La clé de réussite d'une démarche qualité nécessite toutefois un engagement clair, dans la durée, de la direction et des cadres qui sont eux porteurs de la dynamique de la démarche. L'élément nouveau, introduit par la réforme de la tarification des EHPAD, est la formalisation systématique de la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre des conventions établies entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'Assurance maladie et le Conseil Général du département. Ces conventions doivent s'appuyer sur le cahier des charges décrit par l'arrêté du 26 avril 1999. Le processus d'amélioration continue de la qualité des espaces de vie s'inscrit donc dans la démarche globale de qualité déjà entreprise par le CEV basée sur le modèle ANGELIQUE<sup>57</sup>.

La qualité d'usage n'est pas une notion nouvelle. En 1996, la Direction Générale de l'Urbanisme, de l'habitat et de la Construction (DGUHC) avait lancé, en collaboration avec le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les Constructions Publiques (CERTU) un chantier pluriannuel d'études concernant l'usage des bâtiments publics. Pour François DELARUE, Directeur Général de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, « *connaître l'usage du bâtiment public sur lequel on va travailler est un préalable nécessaire à une bonne mission de conduite d'opération* »<sup>58</sup>. **La qualité d'usage** d'un bâtiment est définie comme étant sa capacité à répondre aux besoins et aux attentes de ses utilisateurs et de ses usagers.

L'accessibilité et la qualité d'usage améliorent la qualité de vie, dont un des facteurs essentiels est la possibilité d'accéder à la vie sociale dans tous ces aspects, notamment en donnant la possibilité à l'usager à se déplacer sans contrainte. Au-delà de l'Accessibilité, cette approche est centrée sur la qualité et le développement de l'ensemble des "conforts d'usage" au service de tous les usagers et des professionnels. C'est pourquoi la qualité d'usage pour tous doit être intégrée au projet dès sa phase de programmation et, donc, dans l'enveloppe budgétaire. Certes, il est encore possible d'ajouter ou de modifier certains équipements après la programmation, mais cela a un coût. De plus, la structure, le dimensionnement et même certains équipements de second œuvre sont très difficilement adaptables. Ainsi, à l'accueil d'un ERP, pour qu'un écran informe en temps réel chaque usager, handicapé ou non, il doit être équipé dès le départ

---

<sup>56</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, p. 129.

<sup>57</sup> Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements.

<sup>58</sup> Comprendre l'usage des bâtiments publics – Les établissements d'accueil pour personnes âgées. [http://www.certu.fr/fr/\\_Ville\\_et\\_equipements\\_publics-n30/Qualité\\_d&039;usage\\_et\\_programmation-n145/Liste\\_des\\_productions\\_du\\_theme\\_qualite\\_d&039;usage\\_et\\_programmation-a582-s\\_article\\_theme.html](http://www.certu.fr/fr/_Ville_et_equipements_publics-n30/Qualité_d&039;usage_et_programmation-n145/Liste_des_productions_du_theme_qualite_d&039;usage_et_programmation-a582-s_article_theme.html) [Site visité le 13 juillet 2009].

de la technologie nécessaire. Dans le cas contraire, il sera difficile et coûteux de le faire par la suite et peut dans certains cas nuire à l'architecture de la structure.

La réhabilitation et la construction de bâtiments annexes sont des investissements importants financièrement qui s'inscrivent dans la durée. Le temps consacré à évaluer la qualité d'un projet peut éviter bien des désagréments ultérieurs. Afin d'éviter tous écueils, le directeur se doit de promouvoir la démarche HQU au sein de son institution.

### **3.2 Une démarche innovante ... un changement radical de méthode et un guide pour l'action : la démarche Haute Qualité d'Usage**

*« Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche: il faut les créer, et les solutions suivent » Antoine de Saint-Exupéry*

Les spécificités dues au vieillissement de l'utilisateur ne peuvent toutefois pas s'appréhender par une simple approche normative, il s'agit alors de réaliser une analyse des espaces de vie beaucoup plus étendue, en impulsant la démarche HQU (3.3.1) qui s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité (3.3.2).

#### **3.2.1 Encourager la démarche HQU : une démarche émergente**

La démarche HQU est **une démarche qualité** dont le préalable incontournable à sa mise en œuvre est la volonté et l'implication du directeur de l'établissement. Elle a pour vocation d'améliorer l'accessibilité et la qualité d'usage. Au delà de la législation actuelle sur l'accessibilité, cette approche est une véritable « méthode de gestion de projet » centrée sur la qualité et le développement de l'ensemble des « comforts d'usage » au service de tous (résidents, familles, professionnels et personnes extérieures).

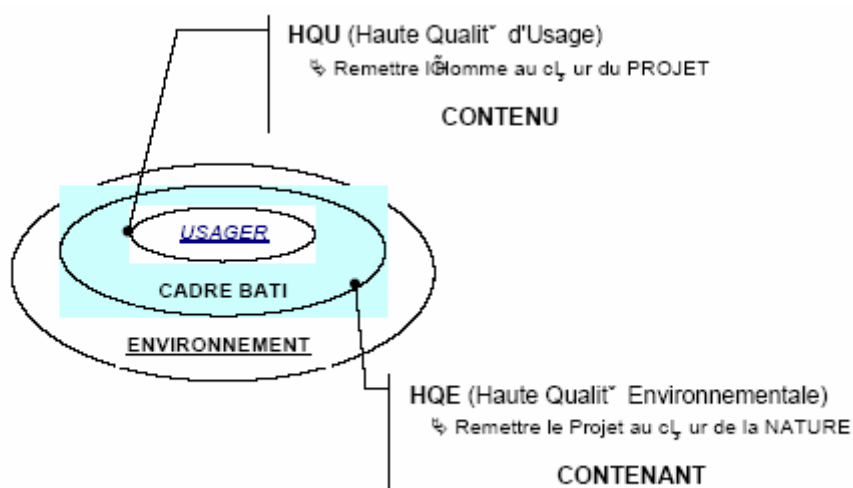
De plus, elle cherche à favoriser la transversalité et la communication entre les différents acteurs du cadre bâti. Elle permet de mettre en place des procédures de développement continu d'usage pour tous, afin d'élaborer un projet d'usage des espaces de vie. Elle assure la pérennité des réalisations par le respect de la continuité et la précision. Elle permet au maître d'ouvrage d'avoir une démarche de « prévention » et non de « réparation ». Selon Régis Herbin, « *il faut dépasser le handicap pour atteindre la qualité d'usage universel* ». Ainsi, cette démarche, centrée sur des exigences en matière d'usage, prend en compte les besoins de tous les usagers quelles que soient leurs différences physiques, sensorielles, intellectuelles, mentales, cognitives, culturelles ou d'âge.

L'appréciation de la qualité d'usage d'un espace de vie doit se faire en relation avec le projet de vie de l'établissement et le projet de vie individuel du résident. Pour une

personne âgée dépendante, la qualité d'usage sera conditionnée par la pertinence des prestations fournies par :

- les professionnels de l'accompagnement de la personne, responsables du projet de vie (aide quotidienne à la personne, soins, animation, éveil ...)
- les professionnels de l'aménagement de l'espace, responsables de la conception, de l'organisation et des ambiances de vie (construction, réhabilitation, maintenance ...).

Le directeur, positionné entre les usagers et les professionnels, doit promouvoir aujourd'hui la démarche HQU en parallèle à la démarche Haute Qualité Environnementale (HQE) visant une amélioration continue de la qualité d'usage de l'habitat et des espaces de vie de demain. Si la démarche HQU vise à remettre l'Homme au cœur du projet, la démarche HQE quant à elle vise à remettre le projet au cœur de la nature. Ainsi, c'est également **une démarche de développement social durable**, illustré par Régis Herbin<sup>59</sup> de la façon suivante :



L'objectif global de cette démarche est d'apprécier la qualité d'usage des espaces de vie du CEV pour accroître la satisfaction des résidents et de leurs familles en améliorant la réponse à leurs besoins et satisfaire aux conditions de travail des professionnels.

Pour cela, **le guide** pour « l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées » a été un outil d'aide à la réalisation de ce travail. Il est proposé par la Direction générale de l'action sociale, le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et le Secrétaire d'Etat à la Solidarité. Il est destiné aux maîtres d'ouvrage qui souhaitent évaluer la qualité d'usage de leur établissement pour mieux l'améliorer. Il est recommandé par la Caisse Nationale de

---

<sup>59</sup> HERBIN R. XVIIIème atelier rencontre de l'ingénierie touristique, Saint Etienne, 30 octobre 2007.

Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cet outil doit également servir de support de dialogue entre la Direction et les autorités de tutelle. La matière fournie à travers cette appréciation doit permettre de construire les arguments utiles pour l'élaboration du dossier nécessaire à la demande de financement d'investissement.

**Cette démarche d'amélioration continue de la qualité** est un moyen d'apprécier la qualité du confort d'usage du CEV pour s'assurer que les conditions de vie des personnes accueillies répondent bien aux besoins de celles-ci.

### 3.2.2 Evaluer la qualité d'usage tout au long du projet architectural

L'intégration de la qualité doit être recherchée aux différentes étapes du projet et son évaluation semble être la plus pertinente lors des phases de programmation. Il ne peut y avoir d'amélioration durable de la qualité sans évaluation, autrement dit sans mesure, de l'existant d'abord, puis des résultats obtenus ensuite. Cela suppose des outils préalablement définis, permettant à l'établissement d'identifier les points à améliorer, puis d'engager les actions d'amélioration nécessaires, tout en veillant au maintien de la qualité déjà acquise.

Pour Brigitte CHALINE, « *c'est en procédant avec méthodologie et sans précipitation que l'on donne au projet le temps de sa maturation : celui de son appropriation par tous* »<sup>60</sup>. La qualité d'un projet repose, pour une bonne part, sur la qualité des relations qui s'établissent entre les différents acteurs du projet. La concertation est le seul gage d'appropriation du projet par l'ensemble des acteurs concernés : le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre, les usagers, les autorités de tutelles.

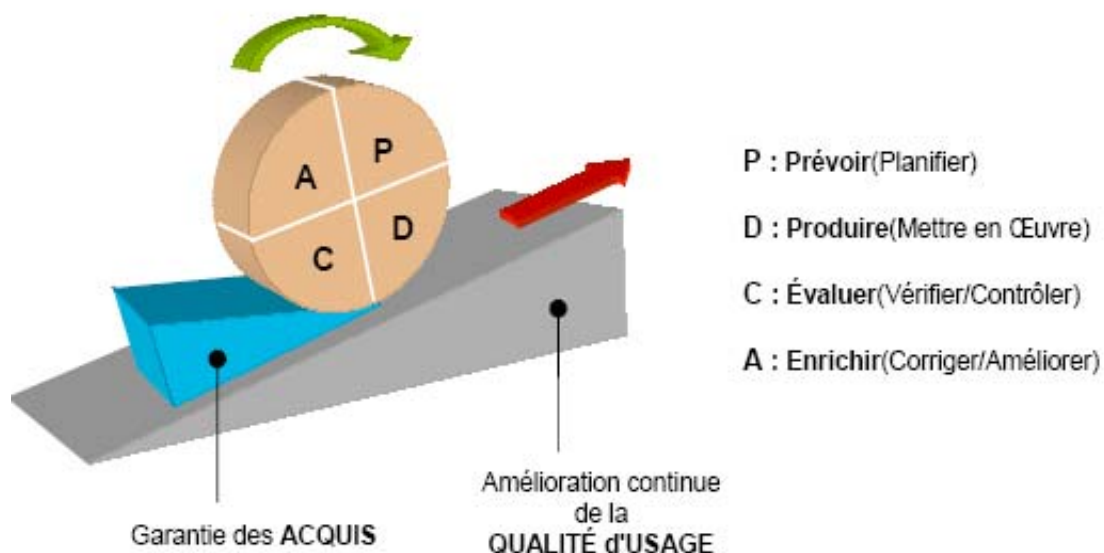
En interrogeant les usagers, il en ressort que c'est la valeur d'usage au quotidien qui compte, la fonctionnalité et les conditions de travail. À la base de la démarche, il y a la nécessité de prendre en compte les besoins de l'ensemble des usagers d'un établissement pour personnes âgées, et plus particulièrement des résidents. Il est important de noter que la qualité d'usage d'un bâtiment est une notion, dont l'appréciation peut varier en fonction des habitudes ou du vécu des personnes.

Tout au long du processus, cette démarche vérifie l'adéquation entre la définition des espaces de vie, leurs utilisations et le projet de vie. Ainsi, cette démarche concourt à une meilleure qualité de vie des usagers. Par la roue de Deming illustrée ci-dessous, nous observons une progression sans fin de la qualité. A chaque étape, l'appréciation des usages des différents espaces doit être réalisée.

---

<sup>60</sup> CHALINE B., *Unités d'accueil spécialisé Alzheimer, manuel de conception architecturale*, p.126.





### Cycle d'amélioration de la qualité d'usage

#### **Etablir des niveaux de qualité à atteindre**

En fonction de la réponse apportée, plusieurs niveaux de qualité d'usage peuvent être observés dans un établissement accueillant des personnes âgées, avec un niveau de dépendance variée comme celui du CEV :

- **un niveau de très haute qualité d'usage** est atteint lorsqu'un espace de vie permet aux résidents de développer de nouvelles capacités ou de retrouver l'autonomie dont ils ont besoin pour être assurés d'une certaine qualité de vie ;
- **un niveau de bonne qualité d'usage** s'observe dans un espace de vie qui permet à un résident de maintenir ses capacités, ou de réduire la perte de ses potentiels physique, sensoriel et mental ;
- **un niveau de faible qualité d'usage** se constate dans un espace de vie où le résident voit ses capacités se dégrader au-delà du simple vieillissement. L'espace est alors une entrave à une évolution favorable de la personne âgée ;
- **un niveau de mauvaise qualité d'usage** correspond à un espace qui ne prend pas en compte les besoins du résident. Il est alors un facteur d'exclusion, voire de maltraitance, de la personne âgée.

La satisfaction de l'utilisateur se mesure par l'écart qu'il y a entre la qualité d'usage perçue au moment de la réalisation des espaces et des équipements et la qualité d'usage demandée au moment de l'expression des besoins. La qualité d'usage perçue par le résident s'apprécie en fonction du niveau d'usage qu'il pourra faire de l'espace par rapport à ses besoins et ses attentes.

A ce titre, les besoins des usagers sont évolutifs, les résidents et le personnel changent, les espaces se dégradent dans le temps et les objectifs portés par le projet de vie

s'affinent et s'adaptent aux évolutions de la société. Il est donc primordial pour le directeur du CEV de mettre en place une démarche dynamique d'amélioration continue de la qualité d'usage des espaces de vie au sein l'établissement.

Ce processus de construction de la qualité est aujourd'hui engagé au CEV par le directeur du site. Il convient toujours de distinguer :

- **La qualité demandée** : c'est la qualité d'usage qui s'élabore à partir des demandes implicites ou explicites des usagers
- **La qualité prévue** : c'est la qualité demandée par les résidents et les familles qu'un Directeur doit « écouter » et « entendre ».
- **La qualité produite** : c'est le rôle des professionnels de l'accompagnement et de l'aménagement de concevoir, de mettre en œuvre et de réaliser ce qui a été prévu et projeté
- **La qualité perçue** : ce qui existe ou est produit pour répondre aux besoins, elle n'a de valeur que s'il est perçu consciemment ou inconsciemment par l'utilisateur

Régis Herbin conceptualise, par le schéma présenté ci-dessous, les interactions permanentes entre les acteurs du projet.

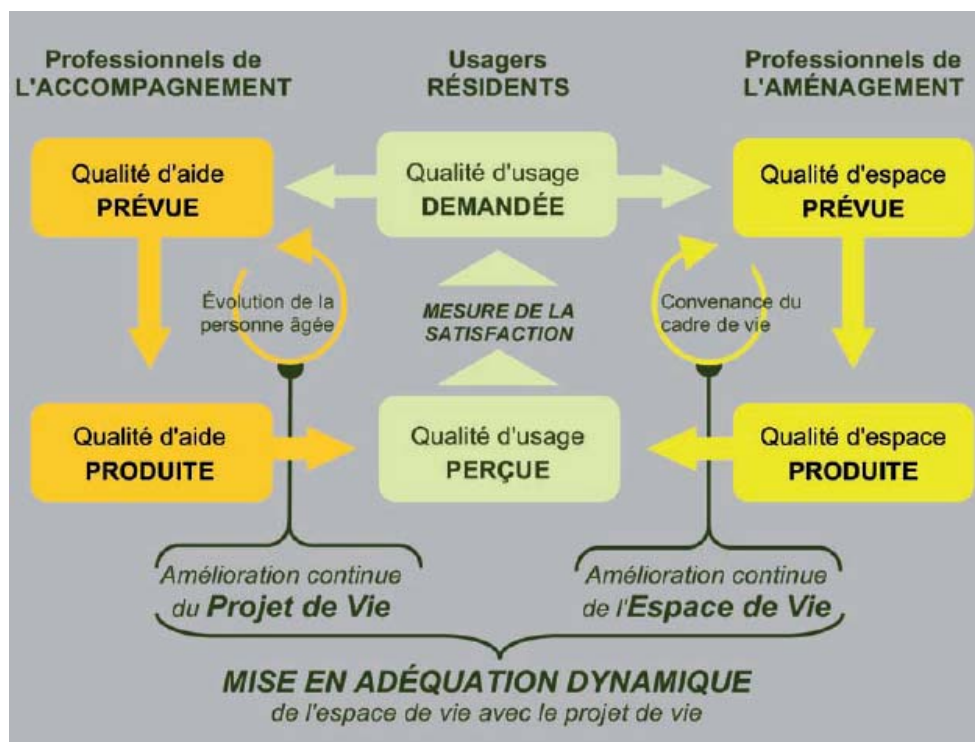


Schéma Régis HERBIN

Il illustre la complémentarité du rôle des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées et des professionnels de l'aménagement des espaces de vie dans une recherche permanente de la satisfaction des résidents.

Ainsi, le besoin de réfléchir autrement à la qualité du cadre bâti (évolution des valeurs) apparaît primordial afin d'adapter un nouvel habitat à la dépendance. Cette démarche volontariste oblige le directeur de créer une dynamique institutionnelle de l'appréciation de la qualité des espaces de vie.

### **3.3 L'appréciation de la qualité des espaces de vie : une démarche participative et une méthode**

Prolonger l'autonomie malgré les difficultés physiques et préserver une certaine liberté d'action de mouvement et de déplacement, passent par l'appréciation de la qualité des espaces de vie qui oblige un directeur d'opter pour **un management participatif** (3.1.1) intégrant une nouvelle approche : **le confort d'usage** (3.1.2).

#### **3.3.1 Impulser une démarche participative**

La capacité d'accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendante, en proposant un accueil institutionnel sécurisé, tout en respectant leur dignité et leur intimité, ne peut se faire que par une approche pluridisciplinaire. En effet, l'ambition d'une prise en charge globale de la personne âgée dans toutes ses composantes ne peut se reposer sur les épaules d'une seule catégorie socioprofessionnelle. C'est pourquoi, compte tenu de la complexité que relève la prise en charge des personnes âgées dépendantes au sein d'une institution, il est essentiel de faire une large place à la pluridisciplinarité dès lors que s'engage une réflexion sur le projet de construction.

Ainsi le projet de réhabilitation du CEV doit être l'occasion de produire un diagnostic partagé. Chacun : maître d'ouvrage, personnel administratif, personnel soignant a sa place, et devra contribuer à la réflexion de manière pertinente. Si ce projet est de nature à mobiliser l'ensemble des professionnels, le directeur doit, pour sa part, convier les équipes à participer au débat en leur laissant la possibilité de s'exprimer pour certains choix. Ils seront ainsi associés aux démarches collectives d'évaluation et de décision et apporteront leur contribution de fonction de terrain au projet institutionnel.

Les aidants naturels ont un rôle à tenir car ils sont naturellement intéressés par l'aménagement des lieux de vie de leurs parents. D'autres personnes sont également à associer à la réflexion en particulier les décideurs extérieurs.

Cette perspective de réhabilitation/construction du CEV doit être l'outil de communication par excellence, dans la mesure où il faut veiller à la meilleure représentabilité possible de tous les acteurs en particulier les acteurs chargés de décider ou de définir localement les politiques.

Je pense notamment au Conseil Général, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), la Direction Départementale de l'Équipement (DDE), etc. Après une large campagne d'informations réalisée sur le site (note de service, affichage, intervention auprès des cadres et des médecins ...), les craintes d'une faible mobilisation du personnel ont été dissipées rapidement, en effet les personnels se sont inscrits de manière volontaire et j'ai pu ressentir ainsi un fort engagement de leur part. D'autres sont venus me dire avec enthousiasme : « *j'ai entendu parler du projet de réhabilitation et je souhaiterais participer au groupe de travail* ». La forte adhésion du personnel prouve d'une part, que le projet correspond à une attente avérée, et d'autre part, une démarche aussi innovante soit-elle ne peut convaincre, si les professionnels ne font pas partie intégrante du dispositif décisionnel et si les perspectives d'avenir en matière de conditions de travail ne sont pas clairement établies. Nous pouvons ainsi éviter des concepts architecturaux purement théoriques, qui se révèlent parfois totalement inadaptés aux pratiques professionnelles et au projet de vie.

Je ne veux surtout pas omettre de citer un maillon important du dispositif : l'ergonome du CHU. Sa participation tout au long de cette démarche a été particulièrement appréciée par l'ensemble du personnel et le Directeur du site. L'ergonome est « la personne ressource » en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels. A ce titre, il est l'expert comme le définit Michel Crozier et Erhard FRIEDBERG « *l'expert est le seul qui dispose du savoir-faire, des connaissances, de l'expérience du contexte pour lui permettre de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation* »<sup>61</sup>.

En EHPAD où les soins se conjuguent avec le projet de vie, le souci de l'ergonomie devient un impératif à la fois pour le résident mais également pour le personnel. La thèse soutenue par Elise LEDOUX<sup>62</sup> montre l'intérêt d'une intervention des ergonomes dès les prémices d'un projet architectural.

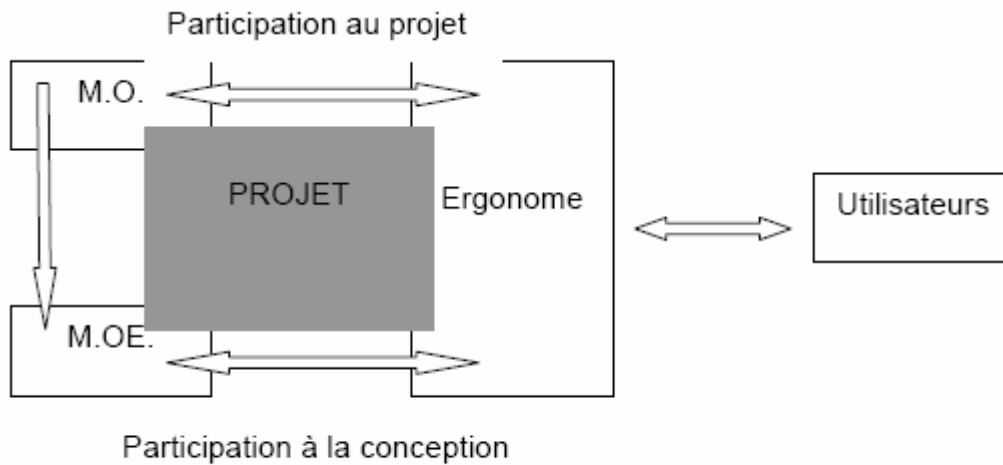
Sa position d'expert renforce ainsi ses relations dans la négociation avec les divers acteurs lors de la définition des objectifs du projet et de sa conception, de la construction de la démarche et de l'accompagnement du projet. L'ergonome crée ainsi une dynamique sociale autour du projet, différencie le « fonctionnement et l'utilisation » et fait référence

---

<sup>61</sup> CROZIER M et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, p. 84.

<sup>62</sup> LEDOUX E., 2000, *Projets architecturaux dans le secteur sanitaire et social : du bâtiment au projet, la contribution des ergonomes à l'instruction des choix*. Thèse pour le Doctorat en ergonomie, CNAM.

au travail. Pour Christian MARTIN<sup>63</sup>, son intervention est facilitée « *par une adhésion et une participation active de toutes les parties prenantes (usagers, personnel)* ».



### L'ergonome appelé par la Maîtrise d'Ouvrage

Cette démarche nécessite d'entendre la parole de chaque type d'acteur qui utilise et /ou vit dans l'établissement. C'est en interrogeant les utilisateurs sur leurs attentes et besoins que le Directeur d'un EHPAD pourra engager une action pour un usage optimisé des espaces de vie par **la création une véritable maîtrise d'usage**, associant des professionnels de la structure et des experts. L'intégration de tous les acteurs au sein d'une maîtrise d'usage permet aux futurs utilisateurs de mieux comprendre les arbitrages qui sont parfois indispensables, de s'approprier les nouveaux bâtiments. C'est aussi une façon simple d'améliorer les conditions de travail du personnel. Cette implication a un double avantage. Elle permet de contrôler la pertinence des choix de la maîtrise d'œuvre dans la continuité, mais également impliquer les utilisateurs dans un projet qui devient aussi le leur.

Ces personnes « ressources », du fait de leur pluridisciplinarité, ne peuvent qu'optimiser le repérage et l'analyse d'éléments pertinents au projet. Ce management participatif est, comme le précise Richard POILROUX,<sup>64</sup> « *un puissant outil de renforcement de la motivation* ».

<sup>63</sup> Comptes rendus du congrès SELF- ACE 2001 – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie.

<sup>64</sup> POILROUX R., *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, p.126

### 3.3.2 Apprécier la qualité d'usage des espaces de vie : une méthode centrée sur le confort d'usage

La difficulté de se déplacer, pour certains, à certaines périodes de la vie, nous concerne tous. La dépendance n'est pas que le fait du grand âge. La vocation d'un ERP se doit avant tout d'offrir un service accessible à tous. Aussi pour prévenir et retarder la dépendance et permettre aux personnes âgées de pouvoir se préserver une vie sociale, il faut leur autoriser l'accès aux bâtiments d'usage. « *Le confort d'usage du bâtiment public est un principe fondamental qui s'exprime dans sa capacité à éviter de placer les usagers en situation de handicap* »<sup>65</sup>.

Cette approche centrée sur le confort d'usage permet de prendre en compte l'ensemble des types de déficiences et de handicaps que peuvent rencontrer les personnes âgées accueillies, les familles, les bénévoles ou les professionnels. Il appartient alors à chaque acteur du projet de se questionner, pour chacun des cinq aspects de confort décrits ci-dessous et pour chaque type d'espace de vie :

- **Pour l'accessibilité PHYSIQUE** : il s'agit de vérifier le bon dimensionnement des largeurs de passage, des aires de retournements, des pentes (rampes), des dénivelés (marches, escaliers), de l'état des sols (texture, planéité, adhérence), de l'aisance du déplacement, l'atteinte, la préhension ... des personnes à mobilité
- **Pour la perception SENSORIELLE** : il s'agit de vérifier la qualité des champs de vision, de la signalétique, de la lumière, des températures, des éléments de guidage ou repérage, des odeurs qui favorise la perception visuelle, acoustique, tactile, podotactile et olfactive ... des personnes déficientes sensorielles,
- **Pour l'approche MENTALE, psychique et cognitive** : il s'agit de vérifier la qualité de l'identification des lieux et des équipements, des repères de direction et de guidage, du repérage dans le temps, des sensations de tranquillité, qui assure le repérage, l'orientation, la communication, la perception du temps, la simplicité des espaces, la mémorisation des parcours ... des personnes déficientes intellectuelles et désorientées,
- **Pour la PRÉVENANCE envers les personnes** : il s'agit de vérifier la qualité de la pérennité, fragilité, vulnérabilité, solidité, dégradation, des espaces et des équipements qui garantissent la protection, la sécurité, la non-fatigabilité, le repos,

---

<sup>65</sup> SOUCHON S., NOGUES F., JILIBAR H., FONDOP E., LEZY-MATHEU A.M., *L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? Un regard de gériatres*, p. 79.

l'équilibre, l'hygiène, la prévention sanitaire ... de l'ensemble des usagers et des professionnels,

- **L'ADAPTABILITÉ des espaces de vie** : il s'agit de vérifier la qualité de la pérennité, la solidité, la dégradation, la rigidité des espaces et des équipements qui développe la durabilité, la pérennité, l'évolutivité, l'appropriation, la polyvalence d'usage ... des espaces.

Le questionnement sur le cadre bâti ou sur un équipement permet aux acteurs, participant à la démarche d'appréciation de la qualité des espaces de vie, de choisir ou d'imaginer des préconisations susceptibles d'améliorer le niveau de qualité d'usage de l'institution.

Des propositions d'amélioration du cadre bâti mais également d'équipements ont été faites pour l'ensemble des espaces (espace privé, semi-privé, collectif, de service, extérieur et urbain) par le personnel, familles, bénévoles et résidents pour répondre au projet de vie de l'établissement mais également à l'optimisation de leurs conditions de travail.

Le succès de cette démarche repose sur la volonté du directeur à impulser une politique institutionnelle reposant sur le projet architectural.

### **3.4 La nécessité de conduire une politique volontariste basée sur l'architecture, véritable outil de management**

« *Tout est motivé par la nécessité* » Claude-Nicolas LEDOUX (1804)

La construction d'une nouvelle structure sur le même site, la réhabilitation de locaux anciens devenus inadaptés et l'intégration d'une filière gériatrique dans le projet afin de faire face de nouveaux besoins sont d'autant d'opportunité pour **penser ou repenser l'ensemble du projet de vie** du CEV 2006-2011 (3.4.1). Le directeur, détenant la force de propositions, est le premier habilité à exercer une véritable fonction de "chef de projet" dans la chaîne de production et celui d'assurer la responsabilité et la régulation de l'ensemble des interventions (3.4.2).

#### **3.4.1 Elaborer un projet architectural en adéquation avec le projet de vie : gage de réussite**

Le projet de vie recherche une harmonie entre le respect de l'autonomie et les réalités institutionnelles. Toutes institutions, par le fait même de la vie en groupe, crée des normes, des valeurs et des modes de comportement, qui sont tributaires du cadre matériel. Dans un même espace coïncident un lieu de vie (celui des personnes âgées) et un lieu de travail (celui des professionnels), ainsi, il convient de préciser les relations entre

ces deux logiques qui peuvent être contradictoires, les hiérarchiser afin que le lieu de travail soit au service du lieu de vie, tel est l'objet du projet de vie.

Ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'institution mais c'est l'inverse. Un changement de regard sur les résidents s'impose en leur reconnaissant, au-delà de tout formalisme, à inscrire leur séjour en EHPAD dans un authentique projet de vie. Il est l'élément fort et le fil conducteur de la démarche de l'évaluation de la qualité des espaces de vie.

Il n'y a pas de projet architectural sans projet de vie. Le projet de vie interroge comment on conçoit l'accompagnement des personnes âgées accueillies. Ensuite seulement l'architecture peut concrétiser la réponse à cette question.

L'étude menée a permis aux professionnels de découvrir pour la plupart d'entre eux le projet de vie 2006-2011 du CEV, de connaître ses objectifs et de se l'approprier. Elle a aussi mis en exergue des points forts et des points d'amélioration du projet de vie actuel, qui est aujourd'hui un projet de vie collectif uniquement. En effet, c'est la bonne définition de l'ensemble de ces éléments qui contribuera à améliorer l'usage des espaces et, par conséquent, la qualité de vie des résidents.

La réactualisation du projet de vie actuel est une opportunité pour les équipes d'échanger sur leurs pratiques professionnelles. Leur participation est un facteur déterminant. Cette réflexion commune permet un réel décloisonnement et une plus grande cohésion entre les équipes. Mais c'est aussi « *une autre manière de l'aborder, une autre « porte d'entrée » pour questionner les missions et les pratiques quotidiennes à l'occasion d'une transformation d'espace* »<sup>66</sup>. De plus, les exigences nouvelles des autorités de tutelle et des usagers rendent primordiales le travail d'ajustement entre le projet de vie et le projet d'organisation des espaces.

L'actualisation du projet de vie doit viser l'amélioration de la qualité de vie des résidents, en faisant du CEV un véritable lieu de vie pour les usagers à partir des valeurs de référence de l'établissement et des aspirations des usagers listés ci-dessous :

- Offrir un accueil rassurant,
- Proposer un accompagnement individualisé,
- Favoriser l'accompagnement à travers et par des activités,
- Éviter la mise à l'écart des personnes atteintes de troubles psychiques,
- Replacer les soins dans l'accompagnement,
- Concilier sécurité et liberté.

---

<sup>66</sup> AMYOT J.J., MOLLIER A. *Les liens avec l'organisation de l'espace Mettre en œuvre le projet de vie*, p.156.



La réactualisation du projet de vie est la première étape qui nécessite la participation des professionnels (toutes catégories confondues). Le projet de vie actuel est un projet sanitaire non individualisé. Par conséquent, il convient de le réactualiser et de tendre vers un accompagnement de la personne âgée personnalisé. Il consistera à permettre à chaque résident de sauvegarder ce qu'il peut de son autonomie dans le respect de son histoire et de son identité. Ainsi, mener un projet de vie, c'est selon la formule de Jean Jaurès « *aller à l'idéal et comprendre le réel* »<sup>67</sup>.

Au-delà d'un rôle strict de gestionnaire, le directeur se doit de passer à un rôle de chef de projet et de management des ressources humaines et matérielles.

### **3.4.2 Etre le maître d'ouvrage, c'est être le « manager » du projet**

Le maître d'ouvrage est la personne morale qui a un rôle de maîtrise et de direction de l'opération de réhabilitation/construction. Le directeur n'ayant pas l'expertise dans le domaine n'est que rarement le moteur des innovations. En revanche, il doit accepter volontiers de porter une innovation et de défendre, en tant que leader de l'opération, l'action d'autres acteurs de la filière s'inscrivant dans ce cadre de propositions.

Répondant à sa fonction de " **chef de projet** ", il a la charge d'assurer le bon fonctionnement du projet et de se doter de moyens et gérer les nombreuses situations de co-conception qui caractérisent l'opération. Mais il évolue dans un système complexe, dans lequel aucune profession n'a la possibilité de se passer des autres, ni s'approprier un complet monopole : le maître d'ouvrage ne peut plus répondre seul à la définition des besoins, le maître d'œuvre ne peut pas bâtir son projet de façon isolée. Des ponts sont à établir entre les diverses phases du projet : l'équilibre ne se réalisera qu'avec une maîtrise d'ouvrage et une maîtrise d'œuvre forte.

Le directeur est le maître d'ouvrage qui «*définit dans le programme les objectifs et les besoins de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire ainsi que les contraintes et exigences de qualité sociale, urbanistique, architecturale, fonctionnelle, technique et de protection de l'environnement relatives à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage* »<sup>68</sup>. Pour porter l'accessibilité tout au long du projet, le couple maîtrise d'ouvrage/maîtrise d'œuvre est essentiel. Si l'un des deux n'est pas converti à cette nouvelle façon de concevoir, le résultat ne sera pas à la hauteur des attentes. Dans les ERP, « *l'accessibilité*

---

<sup>67</sup> RIVALLAN S., TARBEZ J.P., *Compétences professionnelles et démarche humaniste au cœur des projets de vie individualisés*, pp.25-27.

<sup>68</sup> Article 2 de la loi Maîtrise d'Oeuvre Publique dit loi MOP : Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

*réussie est celle qu'on ne voit pas » selon Nadia SAHMI<sup>69</sup>. La commande d'architecture est « avant tout une « affaire » d'échanges, d'anticipation, d'itérations. Il nécessite avant tout un engagement soutenu dans le temps avant de pouvoir l'utiliser et l'habiter »<sup>70</sup>.*

De plus, le directeur doit être acteur du projet en continu et avoir la capacité d'accompagner le maître d'œuvre dans le temps. Parallèlement, il doit aussi développer une véritable **démarche de communication managériale**, interne et externe à l'établissement telle que Bertrand PARENT l'a présentée<sup>71</sup> : « *respecter trois étapes primordiales (être acteur de la communication, communiquer, ne pas être dans la spontanéité) et quatre principes fondamentaux : Agir avec, Ecouter, Montrer et Dire* ». Ces principes sont renforcés par les propos de Serge Raynal qui affirme que « *la communication est l'élément stratégique du projet qui révèle les problèmes, relie les hommes* »<sup>72</sup>, ayant comme principaux objectifs « *d'informer, de séduire, de convaincre, d'expliquer, de persuader, de faire adhérer, et d'impliquer* » les acteurs du projet.

Enfin, **communiquer** le projet est de la responsabilité du directeur<sup>73</sup>. Cette communication doit être menée à la fois en interne (réunions, de supports écrits, journal institutionnel) instances mais également à l'extérieur auprès des autorités de tutelles, des familles par exemple.

Le directeur est « le chef d'orchestre » et « porteur » d'un projet rencontrant une difficulté majeure : répondre aux besoins des personnes âgées de demain, autour d'une problématique d'aujourd'hui, avec un engagement au minimum sur trente ans.

### **3.5 Penser la maison de retraite « de demain » pour répondre aux besoins des personnes âgées et des professionnels**

*« Le merveilleux d'une maison n'est pas qu'elle vous abrite, mais que lentement elle dépose en vous une provision de douceur » Antoine de Saint Exupéry*

Il est primordial de franchir les différentes étapes, d'un projet architectural de cette ampleur, avec rigueur et précisions (3.5.1.), toutefois, cela ne doit pas être un frein à l'innovation architecturale (3.5.2).

---

<sup>69</sup> Architecte Diplômé par le Gouvernement (DPLG), consultante en accessibilité qualité d'usage.

<sup>70</sup> EYNARD C., SALON D., *Architecture et gérontologie Peut-on habiter une maison de retraite ?* p. 210.

<sup>71</sup> Cours in EHESP de « management » animé par Bertrand PARENT, Enseignant-Chercheur/Institut du management. EHESP Rennes.

<sup>72</sup> RAYNAL S., *Le management par projet*, p136.

<sup>73</sup> GACOIN D., *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales, enjeux stratégiques, méthodes*, p. 231.

### 3.5.1 Respecter scrupuleusement les étapes d'un projet architectural

Le projet de réhabilitation/construction s'élabore en plusieurs étapes. Il convient de procéder pas à pas, en respectant les délais nécessaires à la réflexion et à la réalisation. Chaque étape a son importance dans la maturation du projet.

Après avoir formaliser le projet de vie, apprécier la qualité des espaces de vie et proposer des axes d'améliorations, il revient au programmiste, dans sa mission d'une durée de quatre mois<sup>74</sup>, d'établir **un programme**. Le programme qui constitue en phase de conception, **le document de référence** et la base de données, doit être conçu comme un outil pratique et débouche sur la rédaction d'un **Programme Technique Détaillé** (PTD). La rigueur de sa constitution, est le garant de son usage aisé.

L'objectif consiste à permettre au maître d'ouvrage de l'opération et conformément à la loi MOP de « *s'assurer de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle ...* »<sup>75</sup>. Le programme est une pièce contractuelle essentielle du marché de maîtrise d'œuvre. Il formalise l'ensemble des exigences, contraintes et besoins auxquels le projet futur devra comporter. Il doit satisfaire le Maître d'Ouvrage et les usagers : il n'impose pas de solution architecturale.

La première priorité est de bien comprendre la commande. Un programme, qui n'est pas un document statique, doit faire évoluer le projet, s'enrichir et se " durcir " pour atteindre sa phase aboutie en fin **d'Avant Projet Sommaire** (APS). En amont de la commande, c'est la phase primordiale. Cette phase de programmation vise à exprimer le besoin architectural du Maître d'Ouvrage, comme la résultante de l'analyse fonctionnelle des services concernés et des conditions de faisabilité (notamment financières).

A cette étape, le directeur se prépare à passer une commande à un architecte qui l'engage dans un dialogue. Pour Rainier HODDE<sup>76</sup>, il faut « *partager un langage commun, qui touche à la fois à la dimension architecturale et au respect des usages*<sup>77</sup> ». La conception du projet architectural sera réalisée dans le cadre d'un concours. Cette procédure présente l'avantage de proposer au maître d'ouvrage un choix entre différentes réponses architecturale. Une fois la maîtrise d'œuvre retenue, elle élabore un APS qui évoluera en un **Avant Projet Définitif** (APD). Elle nécessite des délais importants notamment en fonction des délais de publication à respecter dans le cadre de la loi MOP.

---

<sup>74</sup> Du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 31 décembre 2009 (information précisée dans le CCTP).

<sup>75</sup> Article 2 de la loi Maîtrise d'Oeuvre Publique dit loi MOP.

<sup>76</sup> Architecte et sociologue.

<sup>77</sup> HODDE R., *En quête de qualités architecturales : évaluation, programmation et médiation*, p. 61.

Afin de répondre au mieux à la réalité des besoins, le développement d'un projet doit prendre environ cinq ans (deux ans d'études et deux à trois ans de chantier), si bien que les établissements de santé et les structures d'hébergement pour personnes âgées de demain sont ceux conçus aujourd'hui.

Assurer l'accessibilité et la qualité d'usage d'un projet, c'est également l'intégrer au Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP). Tous les lots sont concernés : traitement de sol, escalier et ascenseur bien sûr, mais aussi menuiserie, plomberie, serrurerie, courants fort et faible. C'est aussi l'opportunité de définir avec le maître d'œuvre des objectifs spécifiques (objectifs d'usage et objectifs de pérennité) qui seront également intégrés au cahier des charges et considérés comme intangibles. Par exemple, la réalisation d'une chambre témoin, dès que l'avancement du chantier le permettra, facilitera la vérification des dispositifs choisis.

Le directeur doit toujours s'assurer tout au long du projet que la conception correspond bien aux besoins des usagers, des familles et des professionnels en offrant à nos aînés de nouvelles technologies et de nouveaux espaces de vie.

### **3.5.2 Concevoir les espaces de la maison de retraite de demain**

Pour Didier Salon<sup>78</sup>, « *il faudra que la maison de retraite de demain ressemble à quelque chose de l'ordre du domicile afin que les personnes âgées s'y retrouvent* ». En misant sur la simplicité de l'architecture, cela peut plaire à un plus grand nombre d'usagers et leurs permettre ainsi de mieux se l'approprier. Il faut privilégier les équipements et matériaux « chaleureux ». Tandis que pour le cabinet Arès Santé<sup>79</sup> « *la maison de retraite de demain ne devrait-elle pas devenir une maison d'accueil, représentant un village, avec ses quartiers, son hébergement, son administration, son lieu de culte, une mixité de service (coiffeur,...)* ». La difficulté, c'est faire cohabiter lieu de vie, lieu de travail et lieu public et pouvoir faire évoluer une structure au fil des années.

### **Innover dans le domaine de la gérontechnologies en médico-social**

En regard de l'ampleur des problèmes induits par le vieillissement de la population et de ses conséquences sur les ressources financières et humaines, de nombreux moyens technologiques nouveaux existent connus sous le nom des « gérontechnologie », citons par exemple les dispositifs de capteurs, notamment de chutes, l'aide à la déambulation,

---

<sup>78</sup> SALON D. *Enquête les nouvelles tendances architecturales*, p.24.

<sup>79</sup> Ibid.

la stimulation cognitive<sup>80</sup> ... Ce champ est extrêmement vaste, permettant à la personne âgée de retrouver autant que possible une autonomie dans son lieu de vie.

La « gérontechnologie » est un système technique évolué qui va aider la personne âgée et/ou son aidant dans la réalisation des activités normales de la vie quotidienne. Les gérontechnologies visent à favoriser la santé, la sécurité, la mobilité, la communication, les loisirs et plus généralement la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, familiaux ou professionnels.

Cette intégration de technologie repose sur la catégorie d'utilisateurs : la personne âgée en situation de dépendance, les professionnels de santé, la famille et les aidants, sachant que les besoins de chacun peuvent diverger, voire être contradictoires. Par ailleurs, les dispositifs technologiques, et leurs services associés, peuvent être portés par la personne elle-même, ou intégrés à son lieu de vie (sa chambre d'institution). Le confort d'usage pour tous, passe par l'aménagement des lieux. Pour cela, la domotique peut être très utile et connaître une vraie renaissance. À la moindre restriction de capacité, la commande centralisée de l'environnement est un équipement qui prend de la valeur.

#### **Penser à l'intégration dans les espaces de la domotique :**

La domotique est l'ensemble des technologies de l'électronique, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les habitations. La domotique vise à assurer des fonctions de sécurité (comme les alarmes), de confort (comme les volets roulants), de gestion d'énergie (comme la programmation du chauffage) et de communication (comme les commandes à distance) que l'on peut retrouver dans la maison. Il s'agit donc d'automatiser des tâches en les programmant ou les coordonnant entre elles.

Les buts de ces installations domotiques sont d'améliorer le confort et la sécurité des résidents tout en évitant une surcharge de travail pour les professionnels. Toutes les fonctions de la domotique sont accessibles sur la télévision et pilotables par une unique télécommande et une interface simplifiée et ergonomique. Ainsi, la personne âgée peut à sa guise programmer le chauffage, éteindre ou allumer les lumières sans se déplacer.

Exemples d'utilisation :

- Fermeture automatique des volets et allumage de certaines lumières,
- Alerte en cas d'oubli de fermetures de robinets,
- Alerte en cas d'intrusion dans la chambre,
- Economie d'énergie grâce à la programmation du système de chauffage,

---

<sup>80</sup> CORNET G., FRANCO A., RIALLE V., RUMEAU P., *Les gérontechnologies au cœur de l'innovation hospitalière et médico-sociale*, pp. 53-58.

- Communication à distance avec les amis, la famille ou le médecin, en utilisant le poste de télévision,
- Accès à internet et à la messagerie sur le poste de télévision.

### **Créer un espace Snözelen**

L'espace snözelen est un lieu aménagé, multi-sensoriel pour éveiller et stimuler les cinq sens. Le concept est apparu aux Pays-Bas et en Grande Bretagne dans les années 1970 et se développe en France depuis le début des années 1990. Snoezelen résulte de la contraction de deux mots néerlandais : « snuffelen » qui signifie renifler, sentir et « doezelen » qui veut dire somnoler, se détendre. Le Snoezelen vise donc à la stimulation sensorielle ainsi qu'à la relaxation corporelle. Ce concept<sup>81</sup> privilégie la qualité d'accompagnement et aide globalement le résident à vivre au mieux son handicap ou sa dépendance. C'est un premier pas vers une architecture optimale incluant l'architecture théorique dans laquelle le résident n'est plus considéré comme « plus capable de » mais comme un acteur avec des capacités (olfactives, sensibles, oculaire, tactile et gustative).

Un projet de réhabilitation/construction est une opportunité que le directeur doit saisir pour faire évoluer une institution. Il est essentiel d'en faire un levier d'amélioration de la prise en charge des usagers et de l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

---

<sup>81</sup> Mis en scène sur le salon de Gérontexpo du 26 au 28 mai 2009.

## Conclusion

La qualité de vie et de prise en charge des personnes âgées est indissociable de l'environnement intérieur des établissements les accueillant. Les concepteurs doivent désormais prendre en compte la notion de qualité de vie offerte aux résidents, par une architecture faisant partie intégrante d'un projet global de prise en charge, et considérée donc comme l'un des maillons du projet de vie.

La mise en œuvre du projet de réhabilitation/construction du CEV n'en est encore qu'à ses débuts. Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, il était essentiel au cours de ce travail, de pointer les carences au niveau des structures, mais aussi des pratiques, s'appuyant sur les valeurs de référence du projet d'établissement. La qualité des espaces de vie a été évaluée et de nombreuses étapes restent encore à franchir. L'implication du personnel et des usagers est une clé de réussite du projet mais seul le degré de priorité qui sera accordé à ce projet contribuera à son aboutissement.

L'architecture n'est pas seulement la somme de connaissances techniques dont la mise en œuvre est nécessaire pour construire, mais aussi et surtout, une prise de conscience de l'espace, à partir de ses propres sensations et de leur mise en relation avec celles des autres. L'architecture doit s'adapter aux besoins de ces usagers et faire en sorte qu'un EHPAD soit un véritable lieu de vie. Chaque détail compte : lumière, couleurs, matière, équipements, tous ces éléments architecturaux concourent à la qualité de vie des usagers. Cependant, peut-on dire à partir de quand nos aînés s'approprient-ils vraiment un lieu de vie ?

Il appartient au directeur d'être attentif à l'élaboration d'un projet de vie, détaillé et personnalisé, pour chaque type de prise en charge (USLD, psychogériatrie, accueil de jour, SSR ...) afin de garantir une parfaite adéquation avec le projet architectural.

Tout directeur s'engageant dans un projet de réhabilitation/construction doit assimiler trois idées qui me semblent essentielles. Il doit garder à l'esprit le public à qui se destine la nouvelle construction. Il doit privilégier un management participatif tout au long des diverses phases du projet. Et enfin, conserver son libre arbitre aux moments décisifs lorsque les choix s'avéreront indispensables. Un projet comme celui-ci comporte de nombreuses étapes incontournables. Il importe alors au directeur d'être attentif aux logiques et aux intérêts de chacun, pour pouvoir aller de l'avant dans l'intérêt du résident.

Le projet, s'il comprend une part de réflexion et d'organisation, a également un coût financier. La présentation du plan d'investissement aux autorités de tutelles reste toutefois difficile, dans le contexte budgétaire actuel.

Si les pouvoirs publics sont garants des principes de liberté, égalité, fraternité et à ce titre les garants de l'équité et de la sécurité de l'ensemble des citoyens, il n'en demeure pas moins que le directeur est lui, garant du confort d'usage des usagers, du « bien être » au travail des professionnels et est responsable d'un projet de réhabilitation durable et de qualité.



---

## Bibliographie

---

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION, article n° R-123-9 à R123-55

CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION, article n° R-111-18

CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION, article n° R-111-19-1

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975, p 6604.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée. Journal Officiel, du 13 juillet 1985, p 7914.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal Officiel, n°21 du 25 janvier 1997, p1280.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal Officiel, n°167 du 21 juillet 2001, p11737.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p124.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel, n°36 du 12 février 2005, p 2353.

MINISTERE DE L'INTÉRIEUR. Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. Journal Officiel, n° complémentaire du 14 aout 1980, p 7363.

MINISTERE DE L'ENVIRONNEMENT. Arrêté du 29 mai 1997 relatif à la classification et aux règles de construction parasismique applicables aux bâtiments de la catégorie dite « à risque normal » telle que définie par le décret n°91-461 du 14 mai 1991 relatif à la prévention du risque sismique. Journal Officiel, n°127 du 3 juin 1997, p 8985-8986.

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE. Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social. Journal Officiel, n°247 du 23 octobre 1997. p15435-15447.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Arrêté du 29 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel, n°98 du 27 avril 1999, p 6256.

MINISTERE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE ET DE L'ENVIRONNEMENT. Décret n°2000-892 du 13 septembre 2000 portant modification du code de la construction et de l'habitation et du décret n° 91-461 du 14 mai 1991 relatif à la prévention du risque sismique. Journal Officiel, n°214 du 15 septembre 2000, p 14495.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des ERP, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation. Journal Officiel, n°115 du 18 mai 2006, p 7308.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n° 2002-14, du 2 avril au 7 avril 2002, p 1323.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉ. MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n° 4 du 15 mai 2007.

## **OUVRAGES**

AMYOT J.J., MOLLIER A., 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 242 p.

BOUTINET J.P., avril 2004, *Psychologie des conduites à projet*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris : Presses Universitaires de France, 126 p.

CHALINE B., 2001, *Unités d'accueil spécialisé Alzheimer, Manuel de conception architecturale*, Paris : Eisai, 141 p.

CROZIER M. FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Edition du Seuil, 500 p.

DEHAN P., 2007 *L'habitat Des Personnes Âgées - Du logement adapté aux Ehpad, Usld Et Unités Alzheimer*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Editions du Moniteur (Collections Architecture), 344 p.

DUCALET P., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arslan, 320 p.

EYNARD C., SALON D., 2006, *Architecture et gérontologie. Peut-on habiller une maison de retraite ?*, Paris : L'Harmattan, 217 p.

GACOIN D., 2002, *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales, enjeux stratégies, méthodes*, Paris : Dunod, 339 p.

POILROUX R., 2000, *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, Paris : Edition Berger-Levrault, 269 p.

RAYNAL S., 1996, *Le management par projet*, Paris : Les éditions d'organisation, 263 p.

## **PERIODIQUES**

AGAESSE M., décembre 2006, « Construction, extension, rénovation d'une maison de retraite. Le point de vue d'un promoteur ». *Gérontologie et société*, n°119, pp.93-105.

CORNET G., FRANCO A., RIALLE V., RUMEAU P., mai - juin 2007, « Les gérontechnologies au cœur de l'innovation hospitalière et médico-sociale ». *Techniques Hospitalières*, n° 703, pp 53-58.

HODDE R., mars-avril 2003, Revue Hospitalière de France « En quête de qualités architecturales : évaluation, programmation et médiation ». *Revue Hospitalière de France*, n° 491, p 61.

JULLIAN E., mai - juin 2007, « Vers une architecture optimale en EHPAD ». *Techniques Hospitalières*, n° 703, pp 59-67.

PICARD P, janvier 2000, « Gériatrie et espaces architecturaux ». La Revue de Gériatrie, tome n°25, n°1, p 50.

SALON D., mars 2005, « Enquête les nouvelles tendances architecturale ». *Décideur*, n°68, p 24.

SOUCHON S., NOGUES F., JILIBAR H., décembre 2006, « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? Un regard de géiatres ». *Gérontologie et société*, n°119, p 79.

Docteur S. MERLE, janvier 2008, « Démographie des personnes âgées en Martinique ». *Antillages*, n°1, pp.13-15.

RIVALLAN S., TARBEZ J.P., mai-juin 2009, « Compétences professionnelles et démarche humaniste au cœur des projets de vie individualisés ». *Soins gérontologie*, n°77, pp 25-27.

### **COMPTE RENDU CONGRES**

MARTIN C., Comptes rendus du congrès SELF- ACE 2001 – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie

### **COURS**

PARENT B., « Communication Managériale », in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 31 aout 2009, Rennes : EHESP, 2009.

TACHON M., SALON D., « Architecture des EHPAD, L'architecte et le directeur : construire un projet pour aujourd'hui et pour demain » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 9 septembre 2009, Rennes : EHESP, 2009.

## **GUIDE**

ROGER S., HERBIN R., PIOU O., 2008, *Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Rennes : Presses de l'EHESP, 3 fascicules et 1 CD rom.

## **PLAN**

Plan de Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille - Juin 2006

Plan de développement de la « bienveillance » et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. 14 mars 2007.

## **RAPPORT**

FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE, *Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France*. Septembre 2008 ;

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère de la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. Avril 2006

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé, Rapport « Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France » p88. Septembre 2008.

LAROQUE P., *Politique de la vieillesse*. Paris, La Documentation Française, 1962

## **MEMOIRE**

COLAS P., 2008, *Le projet de vie, première pierre dans la construction du projet architectural*. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. DESS. 77 p.

MOURET J., 2006, *L'architecture au service de l'accompagnement de la personne âgée dépendante. Construire un projet architectural gérontologique : l'exemple de la structure pour personnes âgées du Centre Hospitalier de Bergerac*. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. DESS. 84 p.

MASSON-GALLEAN A., 2001, *Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins. Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève*. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. DESS. 81p.

## **THESE DE DOCTORAT D'ERGONOMIE**

LEDOUX E., 2000, *Projets architecturaux dans le secteur sanitaire et social : du bâtiment au projet, la contribution des ergonomes à l'instruction des choix*. Thèse pour le Doctorat en ergonomie : Conservatoire National des Arts et Métiers.

## **CONGRES – CONFERENCES**

HERBIN R., *XVIIIème atelier rencontre de l'ingénierie touristique*, 30 octobre 2007, Saint Etienne : Rhône Alpes tourisme, 47 p.

MARTIN C., *Comptes rendus du congrès SELF- ACE 2001 – Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*, 2001, Bordeaux, 6 p.

## **INTERNET**

<http://www.certu.fr>

<http://www.constructif.fr>

<http://www.gerontexpo.com>

<http://www.insee.fr>

<http://www.ors-martinique.org>

<http://www.sante.gouv.fr>

## **DOCUMENTS DIVERS CONSULTÉS**

SROS III 2006-2011 de la Martinique (Agence Régionale de l'Hospitalisation de la Martinique).

Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013. Adopté en janvier 2009. LISE C., Président du Conseil Général de la Martinique.

Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) 2007-2011 entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la Martinique et le CHU de Fort de France. 29 Mars 2007.

Projet d'établissement du CHU de Fort de France.

Projet médical 2007 du Centre Emma Ventura, réactualisé en mars 2009.

Projet de soins 2007 du CHU.

Projet de vie 2006-2011 du Centre Emma Ventura.

Convention tripartite de l'établissement signée en juin 2007.

Charte des droits et libertés de a personne âgée dépendante en institution.



---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1** Les secteurs gérontologiques en Martinique
- Annexe 2** Adéquation entre la prise en compte du besoin dans le projet de vie et l'aptitude de l'espace de vie à y répondre (TEMPS 3)
- Annexe 3** Synthèse de l'évaluation de la qualité des espaces de vie existants au CEV
- Annexe 4** La mise en place d'une filière gériatrique au CHU de Fort de France
- Annexe 5** Résultats de l'évaluation de la qualité des espaces de vie



# ANNEXE 1 : Les secteurs gérontologiques en Martinique



## ANNEXE 2 : Adéquation entre la prise en compte du besoin dans le projet de vie et l'aptitude de l'espace de vie à y répondre (TEMPS 3)

### SYNTHÈSE GLOBALE comparative



**NOTA :**  
Ces couleurs apparaissent automatiquement à partir des éléments des feuilles de Résultat.  
Les valeurs chiffrées, exprimées en pourcentage, évaluent le niveau de prise en compte. Elles sont à prendre comme un indicateur et non comme une note.

#### Prise en compte du Besoin

A	Bien pris en compte
B	Moyennement pris en compte
C	Faiblement pris en compte
D	Pas de prise en compte

#### Aptitude de l'espace de vie

A	Bien remplie ou assurée
B	Assez bien remplie ou assurée
C	Mal remplie ou assurée
D	Pas ou très mal remplie ou assurée

#### Niveau d'adéquation

A	Bon
B	Assez bon
C	Passable
D	Mauvais

#### Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement

- 1.0 Entrer ou sortir de la chambre ou du logement
- 1.1 S'approprier et identifier son espace privé
- 1.2 Se déplacer dans la chambre ou le logement
- 1.3 Préparer et prendre ses repas
- 1.4 Dormir et se reposer
- 1.5 Prendre soin de son corps et recevoir des soins
- 1.6 Ranger et entretenir
- 1.7 Voir, regarder et être en contact avec l'extérieur
- 1.8 Disposer des éléments de confort
- 1.9 Se sentir protégé et en sécurité

	Approche intuitive	Projet de vie	Espace de vie	Adéquation
	50	35	35	0
	35	5	11	6
	25	5	41	36
	5	5	35	30
	50	5	44	39
	35	5	54	49
	5	35	75	40
	25	35	35	0
	13	35	65	30
	35	35	46	11

#### Espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie

- 2.0 Disposer d'espaces appropriables
- 2.1 Circuler, sortir et entrer
- 2.2 Stimuler les capacités et les sens
- 2.3 Se sentir en sécurité
- 2.4 Pouvoir se promener ou déambuler

	Approche intuitive	Projet de vie	Espace de vie	Adéquation
	5	35	20	15
	35	35	42	7
	55	35	35	0
	55	5	53	48
	65	35	20	15

## SYNTHÈSE GLOBALE comparative (suite)

### Espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement

- 3.0 Se repérer, s'orienter et circuler
- 3.1 Se déplacer d'un niveau à l'autre
- 3.2 Disposer de lieux d'activités et de loisirs
- 3.3 Se restaurer dans un lieu convivial
- 3.4 Se reposer, s'informer et attendre
- 3.5 Sortir du bâtiment et rentrer
- 3.6 Accueillir d'autres publics
- 3.7 Disposer d'éléments de confort sensoriel
- 3.8 Disposer de sanitaires et de lieux de rangements

Approche intuitive		Projet de vie		Espace de vie	
	20		5		28
	20		35		61
	5		35		5
	35		35		32
	5		5		5
	5		35		43
	5		5		25
	5		5		5
	5		5		13

Adéquation	
	23
	26
	30
	3
	0
	8
	20
	0
	8

### Espaces de SERVICES de l'établissement

- 4.0 Assurer les tâches administratives et d'accueil
- 4.1 Assurer l'alimentation et les repas
- 4.2 Réaliser des soins personnalisés
- 4.3 Assurer les services d'entretien et de maintenance
- 4.4 Prévoir des locaux pour le personnel et les familles

Approche intuitive		Projet de vie		Espace de vie	
	35		35		23
	35		65		65
	20		65		30
	25		65		5
	20		5		11

Adéquation	
	12
	0
	35
	60
	6

### Espaces EXTÉRIEURS de l'établissement

- 5.0 Percevoir les limites des espaces extérieurs
- 5.1 Sortir et garder le contact avec l'extérieur
- 5.2 Stimuler les capacités et les sens
- 5.3 Garantir la sécurité
- 5.4 Pouvoir se promener ou déambuler

Approche intuitive		Projet de vie		Espace de vie	
	65		35		30
	5		65		5
	5		5		13
	35		5		30
	5		35		5

Adéquation	
	5
	60
	8
	25
	30

### Espaces URBAINS ou RURAUX de proximité

- 6.0 Faciliter les déplacements dans le quartier
- 6.1 Fréquenter les équipements publics, commerces et services
- 6.2 Utiliser les transports

Approche intuitive		Projet de vie		Espace de vie	
	5		5		8
	5		5		5
	5		5		47

Adéquation	
	3
	0
	42

### ANNEXE 3 : Synthèse de l'évaluation de la qualité des espaces de vie existants

LES ESPACES ETUDIES	LES RESULTATS OBTENUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace privé</b> : chambre, salle d'eau ou de bain et balcon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peu d'identification,</li> <li>▪ Espaces non personnalisés,</li> <li>▪ Les surfaces des chambres sont à revoir (supprimer chambre à 4 lits ; augmenter chambre à 1 lit),</li> <li>▪ Insuffisance des équipements : placard, porte serviette, distributeur de senteur et papier,</li> <li>▪ Système de commande électrique défaillant,</li> <li>▪ Espaces réduits autour des WC. Sécuriser les coursives,</li> <li>▪ Changer les systèmes d'appel,</li> <li>▪ Manque général d'intimité.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace semi-privés</b> : espace de transition entre la chambre et les espaces collectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Signalétique et éclairage insuffisants,</li> <li>▪ Accès difficile en fauteuil roulant,</li> <li>▪ Inexistence de salon de visite et d'accueil.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace de vie collective</b> : circulations, escalier, ascenseur, sanitaires, accueil, entrée, restauration, activité, terrasse, accueil de jour, espace de liaison inter bâtiments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de repérage,</li> <li>▪ Pas de signalétique indiquant les directions,</li> <li>▪ Peu de zone d'activités accessibles et individualisées : une salle polyvalente, espace vert inaccessible, chapelle inaccessible,</li> <li>▪ Espace coiffure restreint en fauteuil roulant,</li> <li>▪ Peu de zone d'attente et d'accueil,</li> <li>▪ Pas de zone de repos,</li> <li>▪ Sanitaires insuffisamment adaptés,</li> <li>▪ Pas de zone de rangement.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace de service</b> : administration, service logistique, locaux professionnels, locaux pour les familles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accueil dans le hall d'entrée, peu d'intimité ; durée d'attente longue pour la maintenance.</li> <li>▪ Vestiaires et sanitaires du personnel vétustes.</li> <li>▪ Peu de WC (WC sont commun pour le personnel et les visiteurs)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espaces Extérieurs</b> : parking, promenade, jardin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Circulation extérieure difficile,</li> <li>▪ Peu de signalétique,</li> <li>▪ Peu de trottoirs et de zone de déambulation sécurisés,</li> <li>▪ Parking intérieur saturé.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Espace Urbains de proximité</b> : équipements publics, commerces, transport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pas de signalétique et pas de zone de déambulation vers et dans le quartier pour tout handicap. transport non accessible en fauteuil roulant</li> </ul>

## ANNEXE 4 : La mise en place d'une filière gériatrique au CHU de Fort de France

<b>FILIERE GERIATRIQUE DU CHU DE FORT-DE-FRANCE</b>			
<b>Composantes de la filière</b>	<b>Existant</b>	<b>Futur</b>	<b>Observations</b>
COURT SEJOUR GERIATRIQUE	24 lits	25 lits	Dont 4 lits de soins palliatifs
EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE	oui	oui	
CONSULTATION MEMOIRE	oui	oui	Sur les 2 sites (CEV et PZQ)
<b>HOPITAL DE JOUR</b>	<b>0</b>	<b>10 places</b>	<b>Avec centre expert mémoire</b>
<b>PLACES « ALZHEIMER »</b>	<b>0</b>	<b>12 places</b>	<b>Plan Alzheimer</b>
<b>PSYCHO-GERIATRIE</b>	<b>0</b>	<b>25 lits et places</b>	
<b>SSR GERIATRIQUE</b>	<b>0</b>	<b>30 lits</b>	
SSR LOCOMOTEUR	0	30 lits	Au Centre Hospitalier du Lamentin
<b>USLD</b>	<b>150 lits</b>	<b>90 lits dont 8 lits de Soins Palliatifs gériatriques</b>	<b>Réforme des USLD redéfinies</b>
<b>EHPAD</b>	<b>215 lits</b>	<b>245 lits</b>	<b>Avec des USSA, hébergement temporaire et accueil de jour</b>

**Total futur des lits et places au CEV : 412 pour le secteur gériatrique + 28 lits de MPR et 10 places d'Hôpital de jour de MPR**

(En bleu : les éléments de la filière gériatrique qui seront installés au CEV)



## ANNEXE 5 : Résultats évaluation de la qualité des espaces de vie

### ÉTAPE

### 2

## 2.3 Synthèse de l'évaluation de la Qualité d'Usage des espaces de vie existants

■ Le gestionnaire précise dans les tableaux récapitulatifs suivants si les espaces de vie existants répondent aux besoins à satisfaire pour les personnes âgées.

- il notera l'évaluation de la capacité de l'espace à répondre à chaque besoin (1).
- Il commentera succinctement la qualité d'usage de chacun des espaces de vie.

### 1 Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement

Besoins à satisfaire	Évaluation <sup>(1)</sup>	Commentaire global sur l'espace
1.0 Entrer ou sortir de la chambre ou du logement	C	peu d'identification. Espaces non personnalisés. les surfaces des chambres sont à revoir (séparer ch 4 lits ; augmenter ch 1 lit). insuffisance des équipements : placard, porte serviette, distributeur de senteur et papier. Revoir le système de commande électrique. Espaces réduits autour des WC. Sécuriser les coursives. Changer les systèmes d'appel. Manque général d'intimité.
1.1 S'approprier et identifier son espace privé	D	
1.2 Se déplacer dans la chambre ou le logement	C	
1.3 Préparer et prendre ses repas	C	
1.4 Dormir et se reposer	C	
1.5 Prendre soin de son corps et recevoir des soins	B	
1.6 Ranger et entretenir	B	
1.7 Voir, regarder et être en contact avec l'extérieur	C	
1.8 Disposer des éléments de confort	B	
1.9 Se sentir protégé et en sécurité	C	

### 2 Espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie

Besoins à satisfaire	Évaluation <sup>(1)</sup>	Commentaire global sur l'espace
2.0 Disposer d'espaces appropriables	D	signalétique et éclairage insuffisants. accès difficile en fauteuil roulant. inexistence de salon de visite et d'accueil
2.1 Circuler, sortir et entrer	C	
2.2 Stimuler les capacités et les sens	C	
2.3 Se sentir en sécurité	B	
2.4 Pouvoir se promener ou déambuler	D	

### 3 Espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement

Besoins à satisfaire	Évaluation <sup>(1)</sup>	Commentaire global sur l'espace
3.0 Se repérer, s'orienter et circuler	C	Pas de repérage. Pas de signalétique indiquant les directions. Peu de zone d'activités accessibles et individualisées : une salle polyvalente, espace vert inaccessible, chapelle inaccessible, espace coiffure restreint en fauteuil roulant. Peu de zone d'attente et d'accueil, pas de zone de repos. Sanitaires insuffisamment adaptés. pas de zone de rangement.
3.1 Se déplacer d'un niveau à l'autre	B	
3.2 Disposer de lieux d'activités et de loisirs	D	
3.3 Se restaurer dans un lieu convivial	C	
3.4 Se reposer, s'informer et attendre	D	
3.5 Sortir du bâtiment et rentrer	C	
3.6 Accueillir d'autres publics	D	
3.7 Disposer d'éléments de confort sensoriel	D	
3.8 Disposer de sanitaires et de lieux de rangements	D	

(1) Le gestionnaire reporte à cet endroit le niveau évalué de la prise en compte du besoin à satisfaire. Cette évaluation correspond au Temps 1 du « Récapitulatif de la traduction du projet de vie » (p. 45 à p. 51 du fascicule 2 « Outil méthodologique » du guide) :

**A** bien pris en compte    **B** moyennement pris en compte    **C** faiblement pris en compte    **D** pas de prise en compte

## 4 Espaces de SERVICES de l'établissement

Besoins à satisfaire

- 4.0 Assurer les tâches administratives et d'accueil
- 4.1 Assurer l'alimentation et les repas
- 4.2 Réaliser des soins personnalisés
- 4.3 Assurer les services d'entretien et de maintenance
- 4.4 Prévoir des locaux pour le personnel et les familles

Évaluation <sup>(1)</sup>

D
B
C
D
D

Commentaire global sur l'espace

Accueil dans le hall d'entrée, peu d'intimité. Durée d'attente longue pour la maintenance. Vestiaires et sanitaires du personnel vétustes. Peu de WC (WC sont commun pour le personnel et les visiteurs)

## 5 Espaces EXTÉRIEURS de l'établissement

Besoins à satisfaire

- 5.0 Percevoir les limites des espaces extérieurs
- 5.1 Sortir et garder le contact avec l'extérieur
- 5.2 Stimuler les capacités et les sens
- 5.3 Garantir la sécurité
- 5.4 Pouvoir se promener ou déambuler

Évaluation <sup>(1)</sup>

C
D
D
C
D

Commentaire global sur l'espace

Circulation extérieure difficile, peu de signalétique, peu de trottoirs et de zone de déambulation sécurisés, parking intérieur saturé.

## 6 Espaces URBAINS ou RURAUX de proximité

Besoins à satisfaire

- 6.0 Faciliter les déplacements dans le quartier
- 6.1 Fréquenter les équipements publics, commerces et services
- 6.2 Utiliser les transports

Évaluation <sup>(1)</sup>

D
D
C

Commentaire global sur l'espace

pas de signalétique et pas de zone de déambulation vers et dans le quartier pour tout handicap. transport non accessible en F.R

■ Le gestionnaire estimera la qualité d'usage de chaque espace de vie en regard de sa capacité à respecter chacune des valeurs de référence pour le projet d'établissement.

- L'évaluation est à établir d'après une échelle de valeur de 4 degrés (A, B, C, D) :

A : bonne capacité à respecter les valeurs

B : moyenne capacité à respecter les valeurs

C : faible capacité à respecter les valeurs

D : pas de respect des valeurs

	Respecter le libre arbitre	Prévenir les risques, sentiment de sécurité	Compenser les situations d'incapacité	Favoriser la sociabilité	Favoriser un sentiment de confort	Faciliter l'intervention des aidants
1. Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement	D	C	D	D	C	D
2. Espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie	D	C	D	C	C	C
3. Espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement	D	D	D	C	D	D
4. Espaces de SERVICES de l'unité de vie	D	C	D	D	D	D
5. Espaces EXTÉRIEURS à l'établissement	C	D	D	D	D	D
6. Espaces URBAINS ou RURAUX de proximité	D	D	D	D	D	D



## Synthèse des POINTS FORTS des espaces de vie

■ Pour le gestionnaire : présenter les résultats de l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie en fonction de ses **points forts** actuels (résultats de l'appréciation réalisée grâce au guide). Cette présentation doit être faite en fonction des différentes valeurs de référence du projet d'établissement qui ont été retenues dans la démarche d'appréciation.

### ESPACE PRIVE



Les largeurs de passage sont suffisantes pour la manœuvre d'un fauteuil roulant. Garder la largeur des portes actuelles.

Les largeurs de porte permettent le passage d'un fauteuil roulant ou d'un appareil de transfert, y compris l'accès aux sanitaires dans les chambres à 4 lits. L'aire d'évolution de la salle de bains permet une utilisation par la personne âgée seule ou accompagnée, y compris en fauteuil roulant dans les chambres à 4 lits. L'équipement de la chambre est adapté afin de permettre à une personne âgée de prendre son repas au lit dans de bonnes conditions.

L'aménagement de la chambre doit permettre un accès aisé au lit (accès aisé tierce personne, lève malade, fauteuil roulant) : disposer de suffisamment d'espace sur un côté du lit dans les chambres à 4 lits

Les éclairages de nuit (veilleuses, lumières des couloirs ...) ne doivent pas gêner la personne âgée.

La conception de l'espace dédié au lavabo pallie certaines incapacités et doit permettre à la personne âgée de pouvoir faire sa toilette assise dans les chambres à 4 lits

L'aménagement de la douche doit permettre son utilisation par le résident seul dans les chambres à 4 lits

L'espace dédié à la salle de bains permet l'intervention d'aidants (recul suffisant pour ne pas être contre la personne autour du lavabo, de la douche et des accessoires)

L'espace permet aux résidents de recevoir des soins de confort dans leurs chambres

La conception de la chambre permet l'installation de matériel médicalisé

Les revêtements de sol dans la chambre sont faciles à nettoyer par le personnel

Le nettoyage des vitres de la chambre se fait aisément par le personnel

L'orientation des chambres permet de se protéger des vues de l'extérieur

La conception des balcons permet de percevoir l'animation des espaces extérieurs

Les fenêtres permettent d'assurer dans de bonnes conditions l'aération de la chambre

La lumière naturelle de la chambre est suffisante. L'éclairage artificiel est suffisant. L'éclairage est suffisant au-dessus du lavabo et dans la douche.

Les équipements sanitaires permettent le réglage de la température

La conception des espaces privés permet de se déplacer sans risques

Les revêtements des sols sont antidérapants même mouillés dans seulement quelques espaces.

### ESPACE SEMI-PRIVE

La conception des circulations permet au résident de percevoir l'ensemble des circulations de l'unité de vie

Les circulations de l'unité de vie sont dimensionnées pour donner envie aux personnes âgées de se déplacer seules ou accompagnées y compris si elles utilisent un fauteuil roulant ou un déambulateur

Les circulations de l'unité de vie sont correctement éclairées le jour et la nuit

Les circulations permettent de pratiquer certains soins de kinésithérapie et de rééducation. Des dispositifs de barre de marche sont placés dans les élargissements de circulation

Les revêtements des sols sont non glissants notamment quand ils sont mouillés.

Les circulations sont équipées de main courantes préhensibles pour faciliter la marche et garantir l'équilibre.

### ESPACE DE VIE COLLECTIVE

Les ascenseurs sont dimensionnés pour recevoir plusieurs personnes dont des personnes en fauteuil roulant accompagnées. Les commandes de l'ascenseur sont disposées de manière à être utilisées par l'ensemble des résidents et qu'elles que soient leurs difficultés physiques ou sensorielles.

ESPACE DE SERVICE : " Marche en avant » opérationnelle

ESPACE EXTERIEUR : ---

ESPACES URBAINS : Un point d'arrêt « transports en commun » est présent à proximité de l'établissement.



## Synthèse des POINTS FAIBLES des espaces de vie

■ Pour le gestionnaire : présenter les résultats de l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie en fonction de ses **points faibles** qui seront à améliorer (résultats de l'appréciation réalisée grâce au guide). Cette présentation doit être faite en fonction des différentes valeurs de référence du projet d'établissement qui ont été retenues dans la démarche d'appréciation.

Espaces privés de l'unité de vie : Entrer ou sortir de la chambre ou du logement - S'approprier et identifier son espace privé - Se déplacer dans la chambre ou le logement - Préparer et prendre ses repas - Dormir et se reposer - Prendre soin de son corps et recevoir des soins - Ranger et entretenir - Voir, regarder et être en contact avec l'extérieur - Disposer des éléments de confort - Se sentir protégé et en sécurité

Peu d'identification. Espaces non personnalisés. Manque général d'intimité pour le résident et sa famille. Les surfaces des chambres sont à revoir : séparer chambres à 4 lits; augmenter la surface de la chambre à 1 lit.

Insuffisance des équipements : placard, porte serviette, distributeur de senteur et papier.

Revoir le système de commande électrique (interrupteur) et le système d'éclairage

Espaces réduits autour des WC. .

Sécuriser les coursives. Appel malade non adapté : Changer les systèmes d'appel.

Espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie : Disposer d'espaces appropriables - Circuler, sortir et entrer - Stimuler les capacités et les sens - Se sentir en sécurité - Pouvoir se promener ou déambuler

Signalétique et éclairage insuffisants.

Accès difficile en fauteuil roulant. Accessibilité des coursives difficiles

Inexistence de salon de visite et d'accueil

Espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement : Se repérer, s'orienter et circuler Se déplacer d'un niveau à l'autre - Disposer de lieux d'activités et de loisirs - Se restaurer dans un lieu convivial- Se reposer, s'informer et attendre- Sortir du bâtiment et rentrer- Accueillir d'autres publics- Disposer d'éléments de confort sensoriel - Disposer de sanitaires et de lieux de rangements

Pas de repérage .pas de signalétique indiquant les directions.

Peu de zone d'activités accessibles et individualisées: une salle polyvalente, espace vert inaccessible, chapelle inaccessible, espace coiffure restreint en fauteuil roulant.

Peu de zone d'attente et d'accueil, pas de zone de repos.

Sanitaires insuffisamment adaptés. Pas de zone de rangement.

Espaces de SERVICES de l'établissement : Assurer les tâches administratives et d'accueil - Assurer l'alimentation et les repas - Réaliser des soins personnalisés- Réaliser des soins personnalisés- Assurer les services d'entretien et de maintenance - Prévoir des locaux pour le personnel et les familles

Accueil dans le hall d'entrée, peu d'intimité. Durée d'attente longue pour la maintenance.

Vestiaires et sanitaires du personnel vétustes. Peu de WC-WC sont commun pour le personnel et les visiteurs.

Espaces EXTERIEURS de l'établissement : Percevoir les limites des espaces extérieurs - Sortir et garder le contact avec l'extérieur - Stimuler les capacités et les sens - Garantir la sécurité - Pouvoir se promener ou déambuler

Circulation extérieure difficile. Peu de signalétique, peu de trottoirs et de zone de déambulation sécurisés.

Espaces URBAINS de proximité : Faciliter les déplacements dans le quartier - Fréquenter les équipements publics, commerces et services - Utiliser les transports

Pas de signalétique et pas de zone de déambulation vers et dans le quartier pour tout handicap. Transport non accessible en Fauteuil Roulant