



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2014 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Le recueil des besoins des
professionnels et des usagers dans le
cadre du programme de
reconstruction de l'EHPAD Jules
Parent**

Claire CHARTRES

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier M. LORENTZ, Directeur du CHD STELL, pour avoir accepté d'être mon maître de stage et m'avoir accompagné et conseiller dans cette mission de stage et dans l'écriture de ce mémoire. Je le remercie aussi particulièrement pour m'avoir fait confiance et m'avoir laissé une si grande marge de manœuvre dans le cadre de cette mission. Je tiens aussi à remercier Mme BOUBERT, Directrice adjointe, qui m'a encadré au quotidien durant mon stage de professionnalisation, pour ses qualités de pédagogue qui m'ont permis de progresser et de développer mes compétences tout au long de ce stage. Mon stage n'aurait pu être aussi riche sans la disponibilité dont elle a fait preuve.

Je remercie aussi toute l'équipe qui a participé au projet, en premier lieu la Directrice de l'EHPAD Jules Parent, Mme RIBOUCHON, qui malgré sa prise de poste, a accordé une grande place au projet et a su mobiliser les équipes. Je remercie donc aussi le médecin coordonateur, le Dr GANEM, la cadre de santé, Mme EL CHATER, l'ancienne directrice de l'établissement, Mme BECAM, l'ensemble des infirmières, aides-soignants et agents de service hospitaliers. Je remercie aussi l'ensemble du personnel paramédical, et notamment l'ergothérapeute, Mme BERNARD, la psychomotricienne, Mme ROMANN et l'animatrice, Mme KUEFFER qui ont bien voulu interroger les résidents. Je remercie aussi l'ensemble des équipes du service restauration et du service lingerie de l'EHPAD.

Mes remerciements s'adressent aussi aux membres du COPIL qui n'ont pas été cités précédemment, les professionnels du groupe SECA santé et le Responsable des Travaux, M. LENFANT.

Je remercie aussi Cécile CHARTRES pour avoir accepté de relire mon mémoire et pour m'avoir apporté de précieux conseils.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier l'ensemble des résidents de l'EHPAD Jules Parent pour leur accueil chaleureux et leur participation au projet, ainsi que leurs familles et proches.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. LE PROJET DE RECONSTRUCTION : OUTIL DE PILOTAGE MANAGERIAL QUI RESULTE DE LA SYNTHESE DES BESOINS DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS ET DES CONTRAINTES QUI PESENT SUR LA CONSTRUCTION	7
LE CONTEXTE ARCHITECTURAL DE L’EHPAD JULES PARENT : UNE INFRASTRUCTURE VETUSTE ET DES CONTRAINTES ARCHITECTURALES QUI LIMITENT LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	7
1.1.1 <i>Le contexte architectural de l’EHPAD JULES PARENT.....</i>	7
1.1.2 <i>Le projet de reconstruction et les différentes étapes.....</i>	9
1.1.3 <i>Le choix d’une phase « d’étude des besoins ».....</i>	11
LE PROJET DE RECONSTRUCTION : OUTIL DE PILOTAGE DU DIRECTEUR FAVORISANT LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL	13
1.1.4 <i>Le projet de reconstruction : outil de participation des usagers permettant d’améliorer la qualité de leur prise en charge</i>	13
1.1.5 <i>Le projet de reconstruction : un outil de participation du personnel visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de prise en charge</i>	15
UN PROJET QUI DOIT RESPECTER UN CERTAIN NOMBRE DE CONTRAINTES REGLEMENTAIRES ET FINANCIERES	16
1.1.6 <i>Une réponse aux besoins qui doit tenir compte des normes réglementaires</i>	16
1.1.7 <i>Une réponse aux besoins qui doit tenir compte des contraintes économiques et financières du projet.....</i>	18
2. L’IDENTIFICATION DES BESOINS DES USAGERS ET DU PERSONNEL A L’EHPAD JULES PARENT : UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE REPOSANT SUR UNE APPROCHE ASCENDANTE	21
2.1 UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE LAISSANT LA PAROLE AUX USAGERS ET AUX PROFESSIONNELS.....	21
2.1.1 <i>Définition de la démarche ascendante.....</i>	21
2.1.2 <i>Une démarche qui vise à faciliter l’expression des usagers et des professionnels</i>	22
2.2 LE RECENSEMENT DES BESOINS DES USAGERS PAR LE BIAIS DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION AFIN D’AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS	23
2.2.1 <i>L’orientation des principaux axes du projet grâce aux réponses des résidents à des questions stratégiques</i>	24
2.2.2 <i>Utilisation de la méthode de l’enquête de satisfaction pour déterminer les besoins liés à l’agencement des locaux et à l’architecture du futur EHPAD.....</i>	25

2.2.3 <i>L'analyse des résultats de l'enquête : un état des lieux servant de base au projet de reconstruction</i>	27
2.3 L'ASSOCIATION DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL AFIN DE CONSTRUIRE LE PROJET DE RECONSTRUCTION A TRAVERS DES GROUPES DE TRAVAIL, ENTRETIENS ET VISITES D'ETABLISSEMENT	30
2.3.1 <i>Les groupes de travail et entretiens réalisés</i>	30
2.3.2 <i>LES RESULTATS DES GROUPES DE TRAVAIL : AUGMENTER LA SURFACE DES FUTURS EHPAD, ADAPTER LES LOCAUX AUX PATHOLOGIES DES RESIDENTS ET FAVORISER LES LIAISONS FONCTIONNELLES ENTRE LES ESPACES ...</i>	32
2.3.3 <i>Les visites d'établissement : l'occasion d'observer des architectures et organisations différentes et d'obtenir un retour d'expérience de la part des professionnels</i>	38
3. LES ENSEIGNEMENTS ET PRECONISATIONS DE LA DEMARCHE MENEES	43
3.1 DES OUTILS ADEQUATS MAIS QUI POURRAIENT ETRE AMELIORES	43
3.1.1. <i>Associer les professionnels à l'élaboration des questionnaires et ménager l'effort de concentration des personnes interrogées</i>	43
3.1.2. <i>Des entretiens et groupes de travail qui doivent laisser la parole aux professionnels dans un cadre défini par l'animateur</i>	45
3.1.3 <i>Préparer les visites d'établissement en amont et associer davantage de personnel</i>	46
3.2. L'IMPORTANCE DU SUIVI DU PROJET PAR UNE INSTANCE AD HOC ET DE LA DESIGNATION D'UN CHEF DE PROJET EN CHARGE DU RECUEIL DES BESOINS	48
3.2.1. <i>Associer les directeurs, cadres et personnes en charge du projet au COPIL</i>	48
3.2.2 <i>S'entourer de professionnels experts dans leur domaine est une condition indispensable à la réussite du projet</i>	49
2.2.3 <i>Le rôle d'impulsion du directeur : la nécessité d'un appui managérial fort</i>	50
3.3. ASSOCIER L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS AFIN DE FACILITER LA CONDUITE DU CHANGEMENT	51
3.3.1 <i>Garantir l'implication du personnel et des usagers tout au long du processus</i>	51
3.3.2 <i>Fédérer l'ensemble des professionnels et impliquer les usagers afin de faciliter la conduite du changement</i>	54
3.3.3 <i>Assurer une politique de communication continue et participative à destination du personnel et des usagers</i>	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CASF : Code de l'Action Sociale et Familiale

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COFIL : Comité de Pilotage

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Âgées

GMP : Gir Moyen Pondéré

HT : Hors Taxe

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

ODAS : Observatoire national de l'Action Sociale décentralisée

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RBPP : Recommandation de Bonne Pratique Professionnelle

SDO : Surface Dans Œuvre

SYNERPA : Syndicat National des Établissement et Résidences privés pour les Personnes Âgées

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Introduction

L'adage "pas de prospectives sans bonnes rétrospectives" souligne l'importance de devoir s'intéresser au passé avant de commencer à bâtir le futur.

Bâtir le futur, tel est le projet de l'EHPAD JULES PARENT à Rueil-Malmaison (92), EHPAD de 78 lits, qui dépend du Centre Hospitalier Départemental STELL. Cet EHPAD, rénové dans les années 90, présente en 2015 des locaux vétustes et a pour projet de reconstruire l'intégralité de ses locaux. Situé actuellement à un kilomètre du CHD STELL, l'EHPAD souhaite se réimplanter sur le site de l'hôpital et réaménager ses locaux en un bâtiment moderne et fonctionnel. La capacité d'accueil devrait être augmentée puisque l'EHPAD passerait de 78 à 84 lits avec la création d'une unité dédiée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies apparentées (14 ou 28 places), un PASA (pôle d'activités et de services adaptés) et un accueil de jour de 10 places.

Dans le cadre du projet de reconstruction, une de mes missions de stage de professionnalisation était d'orienter le projet en identifiant dans un premier temps les améliorations nécessaires par rapport à l'existant et en proposant aussi des préconisations liées à des méthodes de prise en charge ou des dispositifs architecturaux innovants qui pourraient être mis en place dans le futur EHPAD. Il s'agissait donc, en quelque sorte, de réfléchir à l'EHPAD du futur et d'étudier les changements architecturaux qui pourraient être concrètement mis en œuvre.

Dans cette perspective, j'ai voulu en premier lieu suivre l'adage cité plus haut et étudier les dysfonctionnements architecturaux de l'EHPAD Jules Parent tel que construit actuellement. Dans un second temps, je me suis directement confrontée aux envies et besoins des usagers et des professionnels de l'EHPAD Jules Parent pour imaginer le futur EHPAD. Les objectifs de ma mission étaient les suivants :

- prendre en compte les difficultés et dysfonctionnements architecturaux actuels et apporter des solutions à ces difficultés dans le cadre de la reconstruction;
- prendre en compte l'expérience des professionnels avec une architecture qui soit en adéquation avec les besoins des équipes soignantes et paramédicales;
- Prendre en compte les désirs actuels et futurs des résidents pour que leur prise en charge soit individualisée et de qualité;
- Construire un EHPAD qui puisse affronter le temps et qui anticipe dans son architecture les futurs besoins des résidents et qui puisse s'adapter à ces besoins.

Selon le groupe KPMG : « anticiper les évolutions des besoins des résidents et les mutations du contexte économique et réglementaire est aujourd'hui un pré-requis nécessaire qui doit précéder la mise en œuvre de tout projet et investissement portés par les gestionnaires d'établissement ». ¹

Ainsi, la construction et la rénovation d'un EHPAD ne peuvent être mises en œuvre sans étudier les dysfonctionnements actuels recensés par les utilisateurs eux-mêmes et sans imaginer ce que sera l'accueil des personnes âgées en EHPAD dans 15 ou 20 ans.

Dans ce mémoire, je m'intéresserai plus particulièrement au recueil des besoins des professionnels et des usagers en vue de la reconstruction de l'EHPAD.

Pourquoi est-il indispensable d'associer les usagers et le personnel au programme de reconstruction de l'EHPAD et quelle méthodologie adopter pour que leurs besoins et idées soient prises en compte tout au long du projet ?

C'est notamment à cette problématique que j'ai essayé de répondre tout au long de ma mission de stage à l'EHPAD Jules Parent. Ainsi, grâce au projet mené à l'EHPAD Jules Parent et aux recherches bibliographiques que j'ai effectuées, j'ai pu écrire ce mémoire qui a pour but d'éclairer et de conseiller les personnes en charge d'un projet similaire.

La question de la place de l'utilisateur se pose aujourd'hui car dans un contexte de valorisation de la place de l'utilisateur dans le champ médico-social, celui-ci apparaît encore parfois sous le spectre d'une catégorie de public cible ou d'un standard d'organisation qui ne lui permet pas de faire entendre sa singularité. Les usagers sont encore souvent vus par le personnel ou les managers comme agissant en résonance avec leurs pathologies ou leurs degrés de dépendance mais non comme des individus avec une volonté propre. De plus, il est parfois difficile de leur donner la parole et les difficultés liées au recueil de leurs envies et besoins peuvent décourager certains professionnels. Pourtant, nous verrons que leur participation au projet de reconstruction est essentielle.

De plus, si le personnel est davantage intégré à la prise de décision en institution médico-social, son rôle dans le cadre du projet de reconstruction est central et il est indispensable de lui laisser la capacité d'exprimer ses besoins et envies.

La mission qui m'a été confiée m'a permis d'être en position de directeur car c'est lui qui est garant du bien être des usagers et de son personnel. La conception architecturale et l'aménagement des espaces ont un impact direct sur le bien-être en

¹ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014

EHPAD et le directeur doit s'assurer que le projet respecte les envies et attentes des usagers.

De plus, le directeur doit impulser la démarche et motiver son personnel pour que celui-ci comprenne l'importance de s'investir dans ce projet et de recueillir les envies des usagers.

Dans un projet de reconstruction, le directeur assure aussi le lien entre tous les acteurs : usagers, personnel, programmiste, architecte... Il est donc le seul à avoir l'ensemble des informations et c'est lui qui guide chacun des acteurs dans ses missions. Le directeur est ainsi le garant du respect de la volonté des usagers et du personnel. Que la démarche de consultation des usagers et du personnel soit directement assurée par lui ou non, il est la clé de voute de cette démarche et du projet global de reconstruction.

Cette mission amène aussi à réaliser des choix, et c'est ce qui m'a été demandé de faire lors de mon stage. À la suite de l'étude des besoins, mon rôle était de convaincre le directeur des choix architecturaux qu'ils convenaient de réaliser. C'est au directeur de réaliser les choix entre tous les besoins recueillis et d'expliquer ces choix au programmiste, à l'architecte, au personnel et au résident. Les préférences entre personnel et usager sont parfois contradictoires (ex : de grands espaces améliorent le confort du résident mais entraînent une charge de travail et des pas supplémentaires pour le personnel) et seul le directeur peut trancher sur les éléments qui font débat. Des prestations de qualité ne peuvent être garanties sans que les salariés se sentent bien dans leur univers de travail. La conception des locaux et la mise en place d'une organisation appropriée sont aussi indispensables vis à vis du personnel et il s'agit alors de réaliser des compromis afin d'assurer à la fois la qualité de vie au travail du personnel et la qualité de prise en charge des usagers.

De surcroît, le directeur oriente aussi les choix en fonction des contraintes économiques et réglementaires qui pèsent sur la structure et le projet. Il doit construire en optimisant son budget et en garantissant des matériaux de qualité.

Concernant ma méthodologie de travail pour ce projet, j'ai veillé à interroger l'ensemble des acteurs concernés via des entretiens et la mise en place de questionnaires. Ma mission a débuté le 17 décembre 2014 avec une journée d'observation des pratiques professionnelles en EHPAD et l'accompagnement des professionnels (AS/IDE) durant une journée. Cette journée s'est soldée par l'écriture d'un rapport d'étonnement en terme de difficultés dans la prise en charge quotidienne du résident liées à l'architecture ou à la disposition des locaux ou meubles.

S'en est suivi plusieurs entretiens en janvier 2015 : entretien avec les directrices de l'EHPAD, le médecin coordonnateur, la cadre de santé sur les difficultés architecturales observées qui limitent la prise en charge optimale des résidents et l'efficacité du travail des professionnels. J'ai aussi réalisé en février un groupe de travail auprès du personnel assurant les fonctions logistiques sur l'établissement (deux groupes ont été menés, un avec le personnel de restauration et l'autre avec l'équipe lingerie et ASH) sur les difficultés liées à l'architecture et à l'agencement des locaux qui ont un impact sur leur travail au quotidien et la prise en charge du résident et sur leurs envies liées au futur établissement.

Fin mars 2015, j'ai diffusé à l'ensemble des résidents et des familles d'usagers une enquête de satisfaction à destination des résidents et de leurs familles sur l'aménagement des locaux de l'EHPAD actuel, la taille et la superficie des locaux, la disposition du mobilier, l'agencement des espaces et les souhaits des résidents et familles vis à vis du futur EHPAD. Cette enquête a fait l'objet d'une analyse approfondie en mai 2015.

Pour la suite de ma mission, j'ai travaillé en concertation avec le programmiste afin de ne pas multiplier les groupes de travail et de ne pas solliciter plus que nécessaire le personnel soignant. En amont de la visite du programmiste, j'ai mis en place une boîte à idées à destination du personnel qui avait pour but de les interroger sur les dysfonctionnements liés à l'architecture, l'aménagement des espaces, le matériel manquants et leurs souhaits et préconisations pour le futur EHPAD. Les réponses du personnel ont servi de base à la mise en place des groupes de travail organisés par le programmiste (auxquels j'ai participé) avec l'ensemble du personnel.

Ainsi, à partir du mois d'avril, mon rôle a été de coordonner l'action du programmiste et de veiller à ce que les besoins exprimés par les usagers et le personnel soient bien intégrés dans le programme architectural, pour que cela se traduise ensuite plus concrètement dans les plans du futur EHPAD, réalisés par l'architecte.

Enfin, afin de saisir toutes les implications d'une reconstruction d'établissement et d'associer le personnel à des projets qui ont pu voir le jour, j'ai organisé plusieurs visites d'établissements récemment rénovés ou reconstruits dans la région parisienne. Ces projets ont pu donner des idées à l'ensemble du personnel pour le futur projet. De plus, grâce à des entretiens avec les différents directeurs d'établissements, nous avons pu recueillir des conseils pour notre projet et réfléchir aux idées à reproduire ou à éviter.

La méthodologie menée sera revue plus en détail dans ce mémoire qui a pour but d'expliquer en quoi il est indispensable d'intégrer au projet architectural un travail

approfondi d'identification des besoins des usagers et des professionnels et d'étudier quelles peuvent être les méthodes les plus adaptées pour réaliser ce travail.

Ainsi, dans une première partie, nous étudierons le rôle clé du projet de reconstruction qui est un outil managérial pour le directeur résultant de la synthèse entre les besoins des usagers et professionnels et les contraintes qui pèsent sur la reconstruction (économiques, réglementaires...) (I). Puis, nous verrons plus en détails la démarche qui a été menée au CHD Stell afin de recueillir les besoins des usagers et du personnel, une démarche participative qui repose sur une approche « bottom up » (II). Enfin il s'agira de réfléchir sur les atouts et les limites de la démarche menée afin de tirer des enseignements et préconisations (III).

1. Le projet de reconstruction : outil de pilotage managérial qui résulte de la synthèse des besoins des usagers et des professionnels et des contraintes qui pèsent sur la construction

L'EHPAD Jules Parent, à cause de la vétusté de ses locaux et des contraintes architecturales qui en découlent, ne garantit pas une prise en charge optimale des résidents (1.1) et c'est pourquoi il doit être reconstruit (1.1). L'outil principal de cette reconstruction est le projet de reconstruction qui a pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents et la qualité de vie au travail des usagers (1.2). Pour ce faire, le projet étudie les besoins des usagers (qui vont alimenter le projet de vie) et des professionnels. Néanmoins, le projet ne peut suivre les besoins des usagers et des professionnels à la lettre puisqu'il est limité par un ensemble de contraintes financières et de normes réglementaires (1.3).

Le contexte architectural de l'EHPAD Jules Parent : Une infrastructure vétuste et des contraintes architecturales qui limitent la qualité de la prise en charge des résidents

Dans cette première partie, nous étudierons le contexte architectural de l'EHPAD Jules Parent (1.1.1) qui rend absolument nécessaire une reconstruction. Ainsi, je présenterai les étapes du projet (1.1.2) et l'intérêt de réaliser une phase d'étude des besoins des usagers et des professionnels (1.1.3).

1.1.1 Le contexte architectural de l'EHPAD JULES PARENT

L'EHPAD Jules Parent se situe à Rueil-Malmaison, dans le département des Hauts-de-Seine. Il accueille 78 résidents qui sont répartis sur trois niveaux de 25 chambres avec une chambre double à chaque étage pour accueillir des couples. Actuellement, 78 résidents sont accueillis à la maison de retraite dont 11 hommes (13%) et 67 femmes (87%). La moyenne d'âge est de 87,4 ans (86,7 pour les hommes et 87,5 pour les femmes).

L'origine géographique des résidents est très majoritairement rueilloise (68% des résidents) et, quand ils sont d'ailleurs, les résidents choisissent majoritairement cet EHPAD pour se rapprocher d'un enfant rueillois.

Cet EHPAD est ancien puisqu'il date de 1889, lorsque la ville de Rueil Malmaison rachète des parcelles de terrains et érige un hospice communal dont la propriété et la gestion seront transférés en 1972 à l'hôpital Départemental Stell. Dans les années 1990, le fonctionnement de la maison de retraite est remis en cause car les locaux et les conditions d'accueil ne sont plus jugés décents. Après d'importants travaux de reconstruction et de mise aux normes, l'EHPAD prend son visage actuel en 1998. Il fait partie intégrante de l'hôpital qui répond aujourd'hui à une logique de prise en charge de proximité en proposant différentes spécialités : de la médecine gériatrique, (aigüe ou classique) mais surtout des spécialités de rééducation : cardiologie, neuro-ortho, gériatrie.

L'EHPAD Jules Parent présente actuellement des conditions d'accueil qui ne sont plus satisfaisantes au regard des normes de qualité et de sécurité exigées en EHPAD. Ainsi, si tous les résidents disposent d'une salle d'eau, ils expriment la volonté de pouvoir bénéficier d'une douche dans leur chambre, car pour l'instant il n'y a qu'une seule douche commune à chaque étage.

Tous les résidents, quelque soit leur mobilité, peuvent se déplacer tant horizontalement que verticalement grâce aux mains courantes et ascenseurs dont dispose l'établissement mais l'établissement n'est cependant pas aux normes de l'arrêté de 1999² qui recommande notamment la construction de chambres privatives de 18 à 22m² ou l'existence de plusieurs espaces de restauration ou d'espaces de vie collective. Dans sa configuration actuelle, l'EHPAD Jules Parent dispose de chambres privatives d'une superficie d'environ 15m² et ne dispose que d'un seul espace de vie collective et d'un seul espace de restauration. Ainsi, il n'existe pas de lieu spécifique où les résidents et familles puissent se retrouver avec une certaine intimité. De plus, l'établissement ne répond pas non plus aux normes handicap dans les locaux, d'où la nécessité de construire un nouvel EHPAD.

Ainsi, les contraintes architecturales et l'absence de conformité aux normes ne permettent pas à l'EHPAD Jules Parent d'accueillir des résidents très dépendants. Le GMP validé par la convention tripartite de 2015 est de 621, ce qui est largement inférieur au GMP moyen des EHPAD publics en France de 709 en 2014.³ Le PMP, de 206, est quant à lui supérieur à la moyenne nationale qui est de 187 pour les EHPAD publics en

² 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 no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

³ KPMG, avril 2014, « observatoire des EHPAD »

France.⁴

À cause des contraintes architecturales, l'EHPAD Jules Parent ne peut développer son offre de soins et accueillir tous types de public : les personnes avec des fauteuils roulants doivent être limitées car les espaces ne sont pas suffisamment grands pour que tous les résidents puissent être en fauteuil. Ainsi, la reconstruction de l'EHPAD a pour but d'améliorer la qualité de vie et le confort des résidents mais répond aussi à un objectif stratégique : recentrer l'accueil vers des personnes âgées dépendantes poli pathologiques et pouvoir accueillir tous types de publics, en particulier des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées.

1.1.2 Le projet de reconstruction et les différentes étapes

L'EHPAD Jules Parent souhaite reconstruire un établissement de 84 places sur le site de l'hôpital avec un PASA, un accueil de jour de 10 places et une ou deux unités de vie protégées dédiées aux personnes avec Alzheimer ou des maladies apparentées (14 ou 28 lits). Le projet est de reconstruire un EHPAD moderne sur deux ou 3 étages à l'arrière du site de l'hôpital avec un grand jardin pour que les résidents puissent profiter des espaces verts l'été.

L'intérêt de ramener l'EHPAD sur le site principal serait notamment de mutualiser encore davantage les fonctions logistiques : restauration à destination du personnel et des résidents, lingerie, magasin.

La reconstruction d'un EHPAD est un processus long de plusieurs années. Lors de mon arrivée en stage en novembre 2014, l'hôpital en était au tout début du processus, à la phase d'étude d'opportunité, de faisabilité du projet. Les différentes phases de reconstruction déterminées par l'EHPAD Jules Parent sont les phases d'étude d'opportunité et de faisabilité, l'étude des besoins, la programmation, la conception, la réalisation et la mise en service.

Le tableau ci-dessous présente les différentes phases et les personnes en charge de leur conduite. Les phases en rose sont les phases achevées à l'heure actuelle et les phases en vert désignent les phases à venir.

⁴ *ibid.*

Phase du projet	Durée	Descriptif	Personnes en charge de conduire la phase du projet
Etude d'opportunité et de faisabilité	Novembre 2014 à Février 2015	Analyse de l'existant, du contexte, des contraintes et étude de l'offre existant proposée par les EHPAD du bassin de santé et des besoins découlant	Le CHD STELL s'est fait accompagné dans cette phase par un cabinet de conseil pour une étude de l'offre proposée dans les alentours et pouvoir déterminer le nombre de places à pourvoir et le types de pathologies que le futur EHPAD pourrait accueillir (décision de créer des unités de vie protégées avec accueil de personnes atteint de la maladie d'alzheimer ou autres maladies apparentées).
Etude des besoins	Décembre 2014 à avril 2015	-Analyse des besoins des résidents, familles et du personnel en termes d'espaces nécessaires, de configuration architecturales ou même de matériel afin d'orienter le travail du programmiste à venir -Elaboration d'un premier schéma fonctionnel définissant les espaces et liaisons fonctionnelles	Le CHD STELL a confié cette mission à l'élève directeur stagiaire, appuyé par le directeur du CHDS et la directrice de l'EHPAD
Programmation	Avril à Juillet 2015	-Définition de deux scénarios d'implantation générale -Choix des scénarios et des principales questions stratégiques et architecturales par un COPIL. -Traduction détaillée des objectifs, contraintes, exigences fonctionnelles, techniques et économiques dans le programme -Elaboration d'un schéma fonctionnel	Le CHD STELL a désigné un programmiste en charge de la phase de programmation. Les principales décisions ont été prises par un COPIL composé du directeur général, de la directrice de l'EHPAD, du programmiste, du directeur des travaux et de l'élève directeur.

		-Détermination des coûts liés à la construction	
Conception	Septembre 2015-2016	-Etudes d'esquisses et plans	Architecte
Réalisation	2016-2017-2018	-Construction des bâtiments, installations et équipements	Maître d'oeuvre
Mise en service	2019		Directeur du CHDS

1.1.3 Le choix d'une phase « d'étude des besoins »

Durant mon stage, j'ai mené la phase « d'étude des besoins ». Ainsi, le directeur du CHDS a choisi de désigner une seule et même personne en charge de cette phase et d'en faire une étape à part entière du processus de reconstruction, ce qui n'est pas toujours le cas. La plupart du temps, cette phase est intégrée à la phase de programmation.

L'objectif était ainsi de s'assurer qu'une analyse détaillée et fournie soit réalisée pour que les besoins des usagers et du personnel soient ensuite retranscrits dans le projet. Cette étape a aussi amorcé le travail du programmiste qui a repris l'essentiel des conclusions de cette phase et poursuivi le travail effectué. Ainsi, mon travail a consisté davantage à identifier les besoins en termes d'espaces (nombre de pièces), agencement d'espaces et taille (approximatif), équipement des espaces... tandis que le programmiste a travaillé sur une étude plus approfondie de la configuration des espaces en déterminant par exemple les superficies exactes nécessaires, sur les flux logistiques et fonctionnels et la mutualisation des flux, sur les besoins en termes d'effectifs ou les coûts financiers du projet.

La phase d'étude des besoins est essentielle car elle fixe les grandes orientations du projet de reconstruction et vise à construire un EHPAD fonctionnel répondant aux attentes des besoins des usagers et du personnel. Cette phase vise aussi bien à identifier les besoins du personnel qui ont été interrogés lors de questionnaires, entretiens, groupes de travail... et des usagers : familles et résidents. Les familles et résidents ont essentiellement été interrogés dans le cadre d'un questionnaire comprenant une quinzaine de questions relatives au projet de reconstruction.

Cette phase apparaissait comme essentielle aux vues de plusieurs constats :

-Cette phase avait été peu approfondie lors des travaux de reconstruction de 1998 et de nombreuses anomalies architecturales existent dans l'EHPAD actuel. Tout laissait présager que cette phase pouvait être menée à bien en 2015 grâce à la combinaison de plusieurs facteurs : un chef de projet dédié à sa réalisation, un personnel qui en général est force de proposition et aime participer à des groupes de travail et groupes projet, un faible turn-over qui fait que le personnel, travaillant dans cet EHPAD depuis plusieurs années, connaît bien les locaux, des résidents qui présentent encore des facultés cognitives importantes et l'existence de quelques familles proches des résidents et participant à la vie institutionnelle.

-Les personnes en charge de la programmation n'interrogent que dans peu de cas les résidents eux-mêmes et encore moins les familles lors de la phase d'étude des besoins. Les résidents ont évidemment un point de vue en tant que principaux utilisateurs, néanmoins les interroger demande un temps non négligeable qui peut sans doute en décourager certains. Dans un premier temps, il faut cibler les questions à leur poser et trouver des questions à leur portée. De plus, il est nécessaire de prendre du temps avec le résident pour lui expliquer les questions et noter ses réponses. Cette étape nécessite donc un temps certain et la mobilisation de plusieurs membres du personnel. Les familles sont souvent aussi peu interrogées, or elles ont un regard extérieur sur l'établissement et remarquent en général bien les dysfonctionnements liés à l'architecture ou à l'aménagement des espaces et peuvent donc être de bons conseils.

-Le personnel et les usagers étaient rarement interrogés ou associés à la réflexion sur l'agencement des locaux, la fonctionnalité des espaces et l'architecture alors que ces points déterminent en partie la qualité de la prise en charge. Hors projet de reconstruction, il peut toujours être utile pour un directeur de s'interroger sur l'agencement des locaux et l'architecture et d'étudier ce qui peut être modifiable. Ainsi, les groupes de travail mis en place ont aussi permis de réfléchir aux différents modes de prise en charge du résident et d'étudier les méthodes de travail quotidiennes des soignants. Suite aux groupes de travail, des actions concrètes ont pu être mises en œuvre dans l'EHPAD actuel avant tout projet de reconstruction (notamment la réorganisation des armoires dans les étages afin de limiter les déplacements quotidiens du personnel).

Le projet de reconstruction : outil de pilotage du directeur favorisant la qualité de la prise en charge des résidents et les conditions de travail du personnel

Le projet de reconstruction a deux objectifs principaux : améliorer la qualité de prise en charge des résidents (1.2.1) et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels (1.2.2).

1.1.4 Le projet de reconstruction : outil de participation des usagers permettant d'améliorer la qualité de leur prise en charge

L'utilisateur doit être au cœur du projet de reconstruction. En effet, le projet de reconstruction se base avant tout sur une évaluation de l'existant qui ne peut être réalisée sans interroger les usagers qui sont, avec le personnel, les principaux utilisateurs des infrastructures. Le recensement des besoins des usagers et l'évaluation des pratiques grâce au sondage des usagers n'est pas une méthode nouvelle, mais n'est parfois pas toujours approfondie comme il le faudrait.

La méthode dite « évaluation des usagers » a été mise en place en 1992 par le Dr Marie-Odile Frattini et Mme Elisabeth Donnet-Descartes, psychologue. Leur méthode vise à intégrer les usagers aux processus d'évaluation des politiques sociales, sanitaires ou medico-sociales.

Elles partent d'un triple postulat :

- tout individu, même vulnérable, peut exprimer lui-même ses souhaits en matière d'aide et de soutien ;
- ce savoir d'expérience sur ce qui est fait pour lui peut venir enrichir la réflexion des organisations et des professionnels sur leurs pratiques ;
- le respect de la dimension subjective est un droit inaliénable⁵.

Quelle que soit la visée et le champ de la méthode (sanitaire, social ou médico-social), il s'agit de décaler le point de vue d'une étude ou d'une évaluation interne, sollicitée par des instances politiques ou dirigeantes d'un dispositif, en impliquant les usagers dans une démarche participative centrée sur l'évaluation.

⁵ DONNET-DESCARTES I., DUJARDIN D., « Evaluer avec les usagers », Presses de l'EHESP, p6.

Dans le secteur médico-social, cette méthode correspond aux recommandations de l'ANESM relatives à l'évaluation et à l'éthique, qui préconisent, depuis 2008, d'organiser ainsi la participation de tous, personnels et usagers :

« la participation des usagers à l'évaluation constitue un levier puissant d'amélioration des pratiques. Il est ainsi recommandé de mener une réflexion préalable approfondie sur les conditions les plus propices à l'expression de leur parole dans ce cadre et de les associer le plus étroitement possible à tous les stades de la démarche. La démarche participative est la modalité la plus appropriée pour aboutir à une objectivation et en particulier à l'identification des objectifs prioritaires à l'élaboration des critères et indicateurs les mieux à même de qualifier les objectifs définis et d'en apprécier la réalisation.»⁶ Ainsi, comme l'explique l'ANESM, évaluer la satisfaction des usagers et assurer leur participation relève avant tout d'un principe éthique. L'écoute des usagers par les professionnels est une notion éthique fondamentale au sein des activités du secteur médico-social. Sylvie Faugeras précise d'ailleurs qu' « une telle démarche entre dans la sphère des valeurs que revendiquent les professionnels du secteur. L'importance du travail du lien, l'instauration d'espaces et de lieux d'expression, le temps d'appréciation suffisamment conséquent avant l'exécution de telle ou telle action sont autant de priorités pour les travailleurs sociaux, garantissant le sens et la qualité de leur métier ».⁷

En 2010, l'ANESM précise aussi qu' « avant d'être bénéficiaire d'une action d'aide et d'accompagnement, chaque personne est un sujet doté de capacités et d'une autonomie propres, et porteur d'un projet de vie et d'attentes spécifiques (...). Ces attentes correspondent aux souhaits, désirs, envies, éléments de projets que les personnes forment elles-mêmes et proposent aux professionnels. Elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites mais ressortent toujours ».⁸ Ainsi, le projet de vie du résident qui exprime directement ses envies, besoins et préférences doit être au cœur de la prise en charge en EHPAD. Pour ce faire, il apparaît comme essentiel d'interroger l'utilisateur lui-même. Les établissements médico-sociaux sont aujourd'hui, lors de l'évaluation externe, largement évalués sur le suivi des recommandations de l'ANESM et sur la place de l'utilisateur au sein de l'institution avec comme gage principal le bon fonctionnement du CVS. Les évaluateurs externes interrogent d'ailleurs eux-mêmes les utilisateurs lors des évaluations, preuve qu'il s'agit d'une méthode plus que pertinente d'évaluation de la qualité.

⁶ ANESM, juillet 2009, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L 312-1 du CASF »

⁷ FAUGERAS Sylvie, 2007, « L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social », seli arslan, p98

⁸ ANESM, juin 2010, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux, et médico-sociaux »

De plus, comme nombre de mes collègues l'ont démontré, les besoins exprimés par le résident dans son projet de vie doivent être retranscrits dans le projet architectural.⁹ Le projet de vie, émanation du projet d'établissement, est un outil essentiel du directeur et de son équipe pour amorcer le changement en douceur, en correspondance avec les besoins du résident.

Le projet de reconstruction implique de nombreux changements en termes de prise en charge et d'accompagnement du résident et c'est pourquoi il a un impact important sur le projet de vie. Ainsi, la création d'un espace « snoezelen » ou d'une cuisine thérapeutique pourra largement influencer le projet de vie du résident, qui n'avait alors pas la possibilité de réaliser ces activités par le passé. Il faut donc avant tout projet recenser les besoins du résident et étudier ce qui correspond au mieux au projet global. Le projet de reconstruction découle en partie du projet de vie car il faut en premier lieu s'interroger sur les objectifs liés à l'animation, la restauration, les soins et sur ce que désirent les résidents. Le projet de vie est un projet en perpétuelle évolution et pourra être modifié régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire.

1.1.5 Le projet de reconstruction : un outil de participation du personnel visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de prise en charge

Le projet de reconstruction doit impliquer l'ensemble du personnel. L'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), dans son manuel « Conception et rénovation des EHPAD, bonnes pratiques de prévention »¹⁰, met en avant l'importance de réaliser des groupes de travail avec l'ensemble du personnel afin d'intégrer dès la programmation du projet les besoins du personnel en termes d'espaces et d'agencement des locaux notamment. Le personnel doit se prononcer sur les espaces existants, la taille, leur fonctionnalité et donner son avis sur comment améliorer ces différents espaces. Le personnel, qui utilise au quotidien les locaux, est à même de pouvoir émettre des remarques et recommandations sur le futur EHPAD. Ainsi, ces groupes de travail ont pour objectif de créer un EHPAD qui répond aux dysfonctionnements de l'établissement actuel et qui optimise les espaces et les organisations.

De plus, l'INRS souligne la nécessité de faire participer l'ensemble du personnel pour améliorer les conditions de travail dans le futur EHPAD et limiter les risques

⁹ SPINARD L., décembre 2008, « Du projet de vie au projet architectural, *La reconstruction d'un EHPAD au Centre Hospitalier de La Mure* », ou encore : COLAS P., décembre 2008 « le projet de vie, première pierre dans la construction du projet architectural »

¹⁰ INRS, février 2012, « Conception et rénovation des EHPAD, Bonnes pratiques de prévention »
Claire CHARTRES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

professionnels. L'ensemble du personnel peut émettre des recommandations relatives aux aménagements qu'il souhaite mettre en place pour prévenir les risques professionnels : maladies professionnelles, accidents du travail et garantir la sécurité des salariés. Le manuel de l'INRS explique qu'il faut partir des souhaits du personnel dans les espaces en termes de confort et sécurité : espace bénéficiant d'une lumière naturelle, aéré, (...) pour qu'en découle les normes ou référentiels à appliquer. Ce guide, s'il ne constitue pas un référentiel normatif ou réglementaire, permet toutefois de répondre aux objectifs de la réglementation en vigueur et du code du travail et c'est pourquoi il peut être utile de l'utiliser dans le cadre du projet de reconstruction. Ainsi, les groupes de travail ont notamment pour objectif d'améliorer les conditions de travail et de prévenir les risques professionnels dans le futur EHPAD.

Un projet qui doit respecter un certain nombre de contraintes réglementaires et financières

Le projet de construction, s'il répond aux besoins des professionnels et des résidents est tout de même limité par les normes réglementaires (1.3.1) et les contraintes économiques et financières (1.3.2).

1.1.6 Une réponse aux besoins qui doit tenir compte des normes réglementaires

Si le projet architectural et le programme doivent répondre aux besoins des résidents et du personnel, il n'en reste pas moins que leurs volontés sont contraintes par l'ensemble des normes qui encadrent la construction d'un EHPAD et la vie quotidienne en EHPAD. Le code du travail prévoit en effet la mise en œuvre des principes généraux de la prévention par l'employeur (article L 4121-2) qui doit prendre les mesures nécessaires « pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses travailleurs ». Le code du travail impose l'élaboration d'un dossier rassemblant toutes les données nécessaires visant à faciliter la prévention lors des interventions ultérieures de maintenance (article L 4532-16).

De la même manière, le directeur est aussi tenu d'assurer la protection individuelle et collective des personnes hébergées et de leurs biens. La sécurité est un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité des populations accueillies. Ainsi, l'arrêté du 7 juin 2010 portant approbation de diverses dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public impose un certain nombre de normes de sécurité incendie et panique aux établissements qui doivent construire dans un cadre

contraint. Par exemple, un établissement ne peut être supérieur à 6 étages, ne peut avoir de chambre située en sous-sol ou doit avoir des couloirs et escaliers larges d'au moins 1,4m.

Les normes en terme d'accessibilité vis à vis des personnes handicapées ont aussi été renforcé depuis la loi Handicap de 2005.¹¹ Ainsi, les nouvelles normes sont impérativement à prendre en compte dans le programme architectural puisque assurer l'accessibilité des bâtiments recevant du public est obligatoire depuis 2015 et qu'aucune dérogation n'est envisagée pour les bâtiments neufs. Les articles 2 à 19 de l'arrêté du 8 décembre 2014¹² fixent les dispositions architecturales et les aménagements propres à assurer l'accessibilité des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes, avec ou sans travaux. Ces articles concernent l'accès aux bâtiments recevant du public, les circulations intérieures horizontales ou verticales, le stationnement automobile mais définissent aussi des normes de construction contraignantes. Ainsi, l'arrêté définit les normes en matière de hauteur de marche, largeur de couloir, largeurs de portes... De plus, les établissements disposant de locaux d'hébergement comme les EHPAD doivent bénéficier de plusieurs chambres aménagées et accessibles de manière à pouvoir être occupées par des personnes handicapées.

Ainsi, un ensemble de normes doit être pris en compte dans la conception architecturale : normes de sécurité, d'hygiène, d'accessibilité, normes environnementales... Le directeur se doit de les appliquer strictement et de les expliquer à son personnel et même aux résidents dans la mesure du possible car ces normes limitent parfois l'autonomie et la liberté du résident. Ces normes sont parfois tellement contraignantes que certains observateurs évoquent désormais un « droit au risque » en établissement. Le « droit au risque » vise à apprécier les pratiques sécuritaires actuelles et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur la qualité de vie des résidents. Pour Alain Villez, ce droit pose la question de la reconnaissance de la dignité de l'être humain et de son droit au choix. Il explique même que les normes en EHPAD sont tellement diverses qu'elles relèvent parfois « d'absurdités » citant l'interdiction de faire rentrer des œufs en cuisine.¹³ Ainsi, Didier Sapy, directeur de la FNAQPA (Fédération nationale avenir et

¹¹ loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹² Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public

¹³ BOYALS S., 2014, « Promouvoir le droit au risque des résidents en EHPAD, une utopie ou une responsabilité ? » Ethica, Clinica n°73

qualité de vie des personnes âgées) évoque "*le droit au risque responsable*" et exhorte les directeurs d'EHPAD à contourner les normes qui nuiraient aux résidents¹⁴. Le directeur étant le garant de la sécurité des résidents et du personnel, il peut décider d'instaurer un minimum de « droit au risque » mais cela relève de sa responsabilité seule et il pourra être tenu responsable en cas d'accident.

1.1.7 Une réponse aux besoins qui doit tenir compte des contraintes économiques et financières du projet

Si ma mission avait pour objet de recueillir l'ensemble des besoins du personnel et des résidents, il est néanmoins évident que tous les besoins recueillis ne pourront être retranscrits dans le projet à cause des contraintes économiques et budgétaires qui pèsent sur le budget de l'EHPAD. Le chef de projet a ainsi pour rôle de hiérarchiser les besoins pour que le directeur puisse déterminer ceux qui pourront être concrètement réalisés et qui rentrent dans le budget provisoire du projet de reconstruction.

Le projet de construction comprend en général une phase d'études et une phase de travaux, toutes les deux très coûteuses. L'observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social souligne le fait qu'il ne faut surtout pas négliger la phase d'études car il existe une « relation forte » entre ces deux phases.¹⁵

En effet, après observation de 90 opérations de travaux dans toute la France dans le secteur médico-social, l'observatoire remarque qu'en général une durée très courte de phase d'études entraîne une durée trop longue de phase travaux. Ceci est en général la résultante d'un manque de bonne préparation du chantier. Or, les conséquences économiques liées à des durées longues et imprévues de travaux sont importantes et entraînent des coûts qui n'avaient pas été prévus à l'origine. A l'inverse, une durée de phase d'études correctement calibrée a pour conséquence une durée moins longue de phase travaux. Elle permet de réaliser une analyse plus complète de l'opération (technique, financière et économique) afin d'optimiser tant le coût global que la durée d'exécution des travaux.

Pour les établissements publics, l'observatoire national des coûts de la construction dans le secteur médico-social a observé 51 opérations de construction et estime les coûts moyens d'un projet de reconstruction (honoraires maîtrise d'œuvre et autres honoraires, travaux et voiries et réseaux divers) à 1757 euros HT/m² SDO (surface

¹⁴ article HOSPIMEDIA « l'ODAS appelle les directeurs à faire le tri entre « normes utiles et paralysantes », septembre 2013

¹⁵ Observatoire des coûts de la construction dans le secteur médico-social, traitements statistiques, ANAP, mai 2012

dans œuvre). Ainsi, la plupart des opérations de construction visent à construire des établissements entre 4000 et 6000m², (ce qui est le cas pour l'EHPAD Jules Parent), il faut donc estimer en coût global du projet de reconstruction une dizaine de millions d'euros. Pour pallier un tel coût, les programmistes, le directeur, le maître d'œuvre, doivent donc étudier de manière détaillée l'agencement des espaces, la superficie des espaces, le coût des matériaux, la prise en compte ou non des normes environnementales et des coûts qui y sont liés...

Les besoins du personnel, des résidents et des familles sont donc étroitement limités par le coût global du projet, ainsi qu'évidemment par la surface disponible dans le cadre du projet de reconstruction. Le directeur doit veiller en permanence à ce que les coûts prévisionnels soient respectés tout en ayant prévu une certaine marge de manœuvre notamment en cas d'allongement de la durée des travaux.

2. L'identification des besoins des usagers et du personnel à l'EHPAD Jules Parent : une démarche participative reposant sur une approche ascendante

La méthodologie utilisée pour recueillir les besoins des usagers et des professionnels est avant tout une démarche participative (2.1) dont les outils principaux furent les questionnaires de satisfaction à destination des usagers (2.2) et des groupes de travail, entretien et visites d'établissement à destination du personnel (2.3).

2.1 Une démarche participative laissant la parole aux usagers et aux professionnels

La démarche participative utilisée pour recenser les besoins des usagers et des professionnels est une démarche ascendante ou « bottom-up » (2.1) qui vise à faciliter la l'expression des usagers et des professionnels (2.2).

2.1.1 Définition de la démarche ascendante

La démarche ascendante ou « bottom-up » décrit un système horizontal dans lequel les usagers, le personnel et la direction sont au même niveau. Cette démarche implique que certaines idées ou besoins soient directement remontés par les résidents eux-mêmes au personnel et à la direction. A l'inverse, une démarche « top-down » décrit une relation verticale entre les managers et les usagers avec une prise de décision de la direction sans une vraie consultation des usagers. Au sein d'un EHPAD, les deux méthodes de management sont utiles et à mettre en place puisque pour certains sujets, il n'est pas nécessaire de demander systématiquement l'avis des usagers. Néanmoins, il peut toujours être utile de faire évaluer par la suite les dispositifs mis en place par le biais des usagers, ce qui est notamment le cas lors des enquêtes de satisfaction annuelles.

Dans le cadre de l'identification des besoins des usagers et du personnel, j'ai décidé de mettre en place une méthode de concertation et d'identification de type « bottom-up » afin que les besoins identifiés remontent directement de la part des usagers et du personnel à la direction. On parle aussi d'une démarche « ascendante » concernant la démarche « bottom-up » et d'une démarche « descendante » concernant la démarche « top-down ». Ces démarches sont de plus en plus utilisées au sein des politiques publiques et du système de santé ou médico-social car elle légitime davantage

les actions menées par les managers et favorise la « transparence » au sein des institutions ou établissements.

2.1.2 Une démarche qui vise à faciliter l'expression des usagers et des professionnels

La méthodologie de travail adoptée afin d'étudier les besoins du personnel et des usagers dans le cadre du projet de reconstruction de l'EHPAD a été légèrement différente en ce qui concerne les usagers et les membres du personnel. Si la démarche fut participative et de type « bottom-up » à la fois pour les usagers et le personnel, les usagers ont été interrogés sur des questions qui avaient été ciblées à l'avance alors qu'une plus grande liberté de parole et d'expression a été laissée au personnel. Ainsi, il s'agissait avant tout de s'adapter au public ciblé mais aussi de faciliter l'expression et non de l'imposer. Une démarche participative doit aussi être encadrée pour que les usagers et les professionnels soient guidés dans leur prise de parole.

Ainsi, concernant les usagers, il apparaissait plus difficile pour ces derniers de déterminer seuls leurs besoins et ce qu'ils attendaient du futur EHPAD. C'est pourquoi il était plus facile d'aborder ce thème de deux manières : les inconvénients relatifs à l'architecture actuelle en termes d'aménagement des locaux, d'espaces (satisfaction relative à la taille de la chambre, au nombre d'espaces collectifs, facilités de circulation et largeur des couloirs...) et la réponse à des questions stratégiques identifiées par le directeur et l'élève directeur (maintien des chambres doubles, création d'un espace informatique, EHPAD orienté vers la ville ou la nature...). Néanmoins, des questions ouvertes au sein du questionnaire laissaient aussi la possibilité aux résidents d'exprimer leurs besoins en toute liberté. Ainsi, un juste milieu doit être trouvé dans ce type d'enquête car la problématique de l'objectivité est prégnante compte tenu des pathologies des personnes interrogées et de leurs relations avec les personnes qui les interrogent. C'est pourquoi le nombre de questions ouvertes a été limité avec une préférence pour des questions fermées avec évidemment le souci des interrogateurs d'éviter d'orienter les réponses et de rester le plus neutre possible.

En ce qui concerne le personnel, une boîte à idées a été mise en place dans un premier temps visant à connaître les difficultés quotidiennes des professionnels dans leur travail liée à l'infrastructure et à l'agencement ou l'aménagement des locaux, ce qui a permis de réaliser un premier état des lieux. De plus, les professionnels pouvaient aussi inscrire dans cette boîte à idées leurs recommandations pour le futur EHPAD ainsi que le

matériel et équipements dont ils aimeraient pouvoir bénéficier à l'avenir. Ainsi, cette boîte a permis à ceux qui le désiraient de participer et d'exprimer leur avis en leur garantissant une grande liberté de parole et l'anonymat. L'analyse de ces réponses a ensuite permis de préparer les groupes de travail avec le personnel. Parallèlement, plusieurs entretiens avec des membres du personnel ont été réalisés.

Ainsi, grâce à l'ensemble de ce travail j'ai pu réaliser un rapport identifiant les besoins des professionnels et des usagers avec un ensemble de recommandations architecturales qui s'appuient sur plusieurs sources :

- Les entretiens organisés avec les professionnels et l'analyse des documents de la « boîte à idée » ;
- Les groupes de travail mis en place avec les professionnels ;
- L'analyse des questionnaires des résidents, familles et professionnels ;
- La littérature et les guides de construction en EHPAD ;
- Les « bonnes idées » recueillies lors des visites d'établissements.

Ce document a été transmis au directeur général et à la directrice de l'EHPAD. Une fois discuté et validé, il a servi de base au travail du programmiste.

Par la suite, les recommandations issues de ce rapport et celles du programmiste ont été étudiées en COPIL (directeur des travaux, directeur général, directrice de la maison de retraite, programmiste et élève directeur) et, pour celles qui ont été validé par le COPIL, retranscrites dans le programme architectural.

2.2 Le recensement des besoins des usagers par le biais des questionnaires de satisfaction afin d'améliorer la qualité de prise en charge des résidents

Pour identifier les besoins des usagers, un questionnaire a été réalisé. Ce questionnaire présentait deux types de questions :

- Des questions stratégiques dont la réponse permettait de déterminer les grandes orientations du projet (2.2.1)
- Des questions visant à interroger les résidents davantage sur leurs besoins en tant qu'usager et qui avaient donc pour but d'orienter l'architecture et l'agencement des locaux du futur EHPAD (2.2.2).

L'analyse des réponses des résidents et familles a permis de réaliser un état des lieux et des préconisations concrètes pour le futur EHPAD (2.3).

2.2.1 L'orientation des principaux axes du projet grâce aux réponses des résidents à des questions stratégiques

Pour identifier les besoins des usagers, nous avons interrogé à la fois les résidents de l'EHPAD et les familles par le biais d'un questionnaire comportant une dizaine de questions. Pour des raisons pratiques, ce questionnaire était adossé à l'enquête de satisfaction globale des résidents et familles vis à vis de l'établissement pour l'année 2015. Comme il a déjà été précisé, le questionnaire abordait à la fois des questions relatives à la satisfaction des locaux actuels et des questions plus stratégiques, visant à connaître les préférences des usagers pour le futur EHPAD. Ces questions n'ont ainsi pas été posées au hasard mais il s'agissait réellement de questions stratégiques pour lesquelles le directeur de l'établissement et la cheffe de projet en charge de l'identification des besoins et des résidents avaient besoin de réponses pour orienter le projet. Les réponses des résidents et des familles ont donc été déterminantes quant à l'orientation globale du projet de reconstruction.

Les questions stratégiques concernant les usagers visaient à comprendre :

- Si les résidents désiraient un espace dédié au sein de l'EHPAD où ils pourraient passer du temps avec leur famille ou s'ils préféreraient pour cela seulement un espace dans leur chambre ;
- Si les résidents voulaient un espace avec internet et des postes informatiques dans le futur EHPAD ;
- Si les résidents préféreraient un EHPAD orienté vers la nature ou vers la ville.

Concernant les familles, les questions stratégiques cherchaient à comprendre :

- La préférence des familles concernant la future configuration de l'établissement : des petites unités de 10 à 15 lits ou des étages comme dans l'EHPAD actuel avec une vingtaine de chambres ;
- Si les familles souhaitaient bénéficier dans le futur EHPAD d'un espace privé pour déjeuner au calme avec leur proche et la fréquence à laquelle elles envisageaient d'utiliser cet espace ;
- Si les familles souhaitaient bénéficier dans le futur EHPAD d'un studio ou une chambre individuelle pour pouvoir dormir sur place et la fréquence à laquelle elles envisageaient d'utiliser cet espace ;
- Si les familles préféreraient un EHPAD orienté vers la nature ou la ville.

Concernant la dernière question relative à l'orientation du futur EHPAD, la question était pertinente puisqu'au départ, deux scénarios étaient envisagés pour

l'implantation du futur EHPAD : une implantation au sein des locaux de l'hôpital au rez-de-chaussée du bâtiment servant de façade à l'établissement (pavillon Tuck) ou à l'arrière de l'hôpital, à côté des logements de fonction, au sein d'un vaste jardin. Dans le cadre d'un bâtiment à Tuck, l'EHPAD aurait eu un accès direct au centre ville (situé à quelques mètres du bâtiment) et il aurait été possible de faire venir quelques commerces directement au sein de l'EHPAD pour lui donner plus de vie et l'intégrer dans la ville. Dans le cadre d'un bâtiment à l'arrière de l'hôpital, le centre-ville étant plus loin, il était alors possible d'intégrer l'EHPAD au sein d'un vaste jardin favorisant la tranquillité des lieux et pouvant apporter un cadre paisible aux résidents.

2.2.2 Utilisation de la méthode de l'enquête de satisfaction pour déterminer les besoins liés à l'agencement des locaux et à l'architecture du futur EHPAD

« L'enquête de satisfaction, parce qu'elle peut faire émerger les besoins et les attentes, transforme la personne dépendante en un acteur exprimant ses vœux ». ¹⁶ Avec la participation des usagers en CVS (Conseil de la vie sociale), les enquêtes de satisfaction sont un des principaux outils afin de recueillir directement le point de vue des usagers. Le questionnaire de satisfaction avait ainsi pour but de mesurer la satisfaction des usagers vis à vis des locaux dont ils disposent ainsi que de faire émerger leurs attentes et leurs besoins pour le futur EHPAD. Il s'agissait ainsi de réaliser dans un premier temps un état des lieux de la satisfaction des résidents dans l'EHPAD actuel, d'identifier les besoins pour le futur EHPAD dans un second temps suite aux réponses du questionnaire et de rédiger les préconisations architecturales pour le futur EHPAD.

Les questions relatives à la satisfaction des locaux actuels portaient sur le nombre d'espaces collectifs (en nombre suffisant ou non), les espaces de circulation et la largeur des couloirs, l'équipement des espaces collectifs, la qualité des espaces extérieurs, la chambre et son confort (espace, luminosité...).

Deux méthodes d'enquête ont été utilisées pour réaliser ce questionnaire : l'enquête quantitative et l'enquête qualitative. L'enquête quantitative a pour but de mesurer le niveau de satisfaction, et ce par le biais de questions fermées, tandis que l'enquête qualitative, qui cherche à comprendre davantage les besoins et volontés des usagers, utilise des questions ouvertes. ¹⁷

¹⁶ FAUGERAS Sylvie, L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, seli arslan, page 96

¹⁷ ibid.

Ainsi, afin de mesurer le niveau de satisfaction des usagers, le questionnaire était composé de questions fermées à réponse unique (oui/non) ou à choix multiples qui autorisent davantage de possibilités de réponse, de questions fermées d'échelle qui déterminent la prise de position des personnes par rapport à un ressenti et de quelques questions ouvertes.

De plus, la forme de certaines questions visaient à inciter les résidents ou familles à faire un commentaire justifiant leur appréciation et plusieurs questions leur donnaient la possibilité d'expliquer leur choix de manière libre. Il s'agit alors pour l'enquêteur de noter les paroles littérales de l'enquêté sans interprétation ou traduction pour que le recueil des besoins soit le plus précis possible.

Les questions ouvertes étaient moins nombreuses que les questions fermées à choix multiples dans un souci de traitement des données dans un premier temps, mais aussi à cause du public interrogé. Pour que les questionnaires puissent être renseignés par le plus grand nombre de résidents possible, les questions devaient être facilement compréhensibles. Apporter un cadre au dialogue a permis d'aider le résident dans sa réflexion.

Les familles et usagers ont répondu aux questionnaires durant le mois de février 2015. Le questionnaire a été présenté en CVS pour que les familles et résidents représentants des usagers puissent donner leur opinion et faire des modifications. Le questionnaire a aussi été présenté au personnel au cours d'un « staff » qui avait émis quelques modifications pour que les questions soient davantage compréhensibles par les résidents.

Les questionnaires ont été transmis aux familles par mail ou ont été donnés en main propre lors de leur visite.

Les résidents ont pour la plupart répondu aux questionnaires avec l'aide d'un membre du personnel : l'élève directeur, l'animatrice, la psychologue, la psychomotricienne ou l'ergothérapeute. Seuls deux résidents ont répondu seuls au questionnaire.

Ainsi, l'enquêteur devait avant tout expliquer l'objectif du questionnaire au résident et lui expliquer le projet de reconstruction de l'EHPAD tout en le rassurant sur ce projet. Il devait aussi rappeler l'anonymat du questionnaire et l'absence de jugement à l'égard de la personne interrogée.

26 résidents ont répondu à l'enquête qui leur était destinée sur un total de 78 résidents à l'EHPAD Jules Parent. 11 personnes ont répondu à l'enquête de satisfaction

destinée aux proches et familles des résidents. Parmi les proches, toutes les personnes qui ont renseigné le questionnaire faisaient partie de la famille du résident, l'une d'entre elle étant aussi le tuteur légal du résident.

2.2.3 L'analyse des résultats de l'enquête : un état des lieux servant de base au projet de reconstruction

A) Les points forts de l'EHPAD Jules Parent

Suite à l'analyse des questionnaires de satisfaction, les points forts de l'établissement actuel soulignés par les résidents et familles sont la qualité des espaces extérieurs et la luminosité dans les chambres.

➤ Les espaces extérieurs : des espaces à privilégier dans le futur EHPAD

Les questionnaires montrent que famille et résidents sont globalement satisfaits de la qualité des espaces extérieurs dans l'EHPAD actuel.

Ainsi, 81% des familles interrogées (9 répondants) sont très satisfaits ou satisfaits de la qualité des espaces extérieurs et 57% des résidents interrogés (15 répondants) sont très satisfaits ou satisfaits du jardin de l'EHPAD. 35% des résidents n'ont pas voulu donner leur avis car ils sortent très rarement dehors.

Cette question montre l'importance des espaces extérieurs pour les résidents. Le jardin est à la fois un endroit pour s'aérer, se promener, un espace thérapeutique et un espace pour se retrouver entre proches et amis. Il est important que cet espace soit sécurisé et facile d'accès. Certains résidents ont ainsi exprimé l'idée qu'ils ne sortaient pas dehors car ils ont peur de tomber (sol qui n'est pas toujours plat). Néanmoins, tous les résidents attachent à cet espace une grande importance, dès lors qu'ils sont physiquement capables de sortir dehors. Il est donc apparu comme impératif d'accorder une grande importance aux espaces extérieurs dans la construction du futur EHPAD avec la création d'un chemin de marche tout autour de l'EHPAD et d'un jardin thérapeutique, activité régulièrement demandée par les résidents.

➤ la luminosité dans les chambres : privilégier la lumière naturelle dans les chambres du futur EHPAD

Les résidents et familles sont très satisfaits de la luminosité dans les chambres de l'EHPAD actuel. 100% des familles interrogées sont très satisfaites ou satisfaites de la luminosité dans les chambres. 96% des résidents interrogés (25 répondants) trouvent que leur chambre est suffisamment lumineuse.

Ainsi, le point fort de la chambre actuelle réside dans la grande fenêtre qui est dans chaque chambre. Il convient ainsi de maintenir des grandes fenêtres (tout en respectant les normes de sécurité) dans les chambres du futur EHPAD. Non seulement la fenêtre éclaire la pièce mais elle permet aussi au résident de « de voir la rue et la circulation » (phrase d'un résident).

B) Les points à améliorer : pistes d'action pour le futur EHPAD

Le questionnaire de satisfaction permet aussi de réaliser un état des lieux de l'EHPAD actuel et de voir les améliorations indispensables à apporter et à inclure dans le projet de reconstruction.

➤ **Augmenter le nombre d'espaces collectifs et créer des espaces dédiés à certaines animations**

Pour 73% des familles de résidents interrogées (8 répondants), les espaces collectifs destinés aux résidents ne sont pas assez nombreux au sein de l'EHPAD Jules Parent. 19% des résidents (5 répondants) pensent que les espaces collectifs ne sont pas assez nombreux.

Lorsqu'on pose la question aux résidents et familles, ils expliquent que les espaces collectifs ne sont pas assez nombreux et que la pièce d'animation principale n'est pas non plus assez grande. Certains résidents évoquent les problèmes de circulation avec les fauteuils dans la pièce principale.

De plus, pour les familles, il n'est pas normal qu'il n'y ait qu'une seule salle d'animation où toutes les activités se confondent. Certaines familles aimeraient qu'un ou deux espaces soient consacrés à des animations spécifiques (cuisine thérapeutique, salle de musique...). Les familles proposent aussi de créer des espaces modulables au sein de la pièce d'animation principale grâce à des cloisons par exemple pour que la pièce puisse être divisée en plusieurs espaces.

➤ **Créer des espaces à destination spécifiquement des familles**

Les familles mettent en avant l'idée qu'il n'existe pas au sein de l'EHPAD des espaces spécifiquement dédiés aux échanges entre les familles et leur proche.

Ainsi, en question ouverte, plusieurs familles signalent en espace manquant dans l'actuel EHPAD un salon pour les familles pour qu'elles puissent discuter tranquillement avec leur proche.

De plus, 91 % des familles interrogées (10 répondants) estiment que si un espace privé leur permettait de déjeuner à part avec leur proche, ils viendraient de manière

occasionnelle ou régulière (1 famille) déjeuner avec leur proche dans cet espace. Cet espace serait donc bien investi par les familles et leur permettrait de développer davantage les liens avec leur proche.

➤ **Augmenter la superficie des chambres**

Si les résidents sont plutôt satisfaits de leur chambre, 23% d'entre eux (6 personnes) jugent que l'espace n'est pas suffisant tandis que 36% des familles estiment que les chambres ne sont pas assez spacieuses.

45% des familles (5 répondants) estiment que la priorité dans les aménagements relatifs à la reconstruction est de créer des chambres plus grandes. Une plus grande superficie permettrait aux familles et résidents de mieux agencer les meubles du résident et de prévoir peut-être un petit espace avec un fauteuil ou une chaise pour que les résidents puissent recevoir de la visite. Les familles évoquent aussi la nécessité d'augmenter la superficie de la salle de bain pour qu'ainsi une douche puisse être installée.

C) La réponse aux questions dites « stratégiques »

➤ **Les résidents et familles préfèrent un EHPAD orienté vers la nature**

50% des résidents interrogés (13 résidents) et 91% des familles interrogées (10 répondants) imaginent un EHPAD orienté davantage vers la nature plutôt que vers la ville. De nombreux résidents ont invoqué le fait qu'ils sortaient peu de l'EHPAD et qu'ils ne pourraient donc pas vraiment profiter des commerces à proximité. De plus, l'EHPAD Jules Parent resterait proche du centre ville et donc toujours très accessible, ce qui constitue un élément essentiel pour les familles. Les réponses des familles et résidents laissent penser qu'il est plus pertinent de construire le futur EHPAD à l'arrière de l'hôpital en prévoyant des espaces verts autour de l'EHPAD.

➤ **La création d'une chambre ou d'un studio spécifiquement dédié aux familles semble peu opportune**

Seulement 27 % des répondants (3 familles) estiment que si une chambre individuelle ou un studio était mis à disposition des familles, ils l'utiliseraient de manière occasionnelle et ils sont 73% à expliquer qu'ils n'utiliseraient cet espace que rarement ou jamais.

Ainsi, prévoir une telle pièce apparaît peu opportun. Néanmoins, il est toujours utile de prévoir une solution pour que certaines familles puissent dormir à l'EHPAD. Ainsi, il est

possible de prévoir un ou deux lits d'appoint pliables (stockés dans un espace de stockage) que l'on pourrait installer dans la chambre du résident si besoin. Il est aussi possible de prévoir un petit canapé (1 ou 2 places) dépliable en lit dans le futur salon destiné aux familles pour que ces dernières puissent dormir à l'EHPAD en cas de nécessité.

➤ **La création d'un espace avec des ordinateurs pourrait être opportune**

Alors que les résidents de l'EHPAD actuel ne sont pas habitués aux nouvelles technologies, 5 répondants (19%) estiment qu'ils pourraient utiliser les postes informatiques de temps en temps s'ils étaient mis à leur disposition et que l'animatrice ait pris le temps de leur expliquer l'utilisation. 45% (5 familles) des familles pensent que leur proche pourrait utiliser l'ordinateur de manière occasionnelle.

Ainsi, certains résidents montrent un intérêt dans l'utilisation d'un ordinateur et d'internet alors que leur génération n'est pas encore vraiment habituée à l'utilisation de ces technologies. Les nouveaux arrivants en EHPAD risquent d'être davantage familiarisés à ces outils et seront certainement encore plus demandeurs. De plus, l'utilisation des mails ou de Skype peut aider les résidents à garder le contact et communiquer avec leur famille.

Ainsi, il semble opportun de prévoir un petit espace informatique dans le futur EHPAD avec 2-3 ordinateurs à destination des résidents. Evidemment, cela suppose que l'animatrice prenne un moment pour guider les résidents dans l'utilisation de ces outils.

2.3 L'association de l'ensemble du personnel afin de construire le projet de reconstruction à travers des groupes de travail, entretiens et visites d'établissement

L'ensemble du personnel a été associé à des groupes de travail et des entretiens avec la cheffe de projet et le programmiste (2.3.1). De plus, certains membres du personnel ont pu participer à des visites d'établissements reconstruits récemment dans la région Île-de-France (2.3.2), visites qui leur ont permis d'observer la réalisation concrète de projets innovants.

2.3.1 Les groupes de travail et entretiens réalisés

Afin d'identifier les besoins des professionnels, j'ai utilisé globalement la même méthodologie que celle utilisée avec les usagers : réalisation d'un état des lieux,

réalisation d'entretiens/questionnaires et analyse des réponses avec l'identification des besoins et pour terminer la rédaction de préconisations au sein du rapport final.

Ainsi, l'état des lieux a été réalisé par le biais d'une journée d'observation des pratiques professionnelles en EHPAD où j'ai pu suivre les infirmiers et aides-soignants afin de me rendre compte de l'architecture globale des locaux et de ce qui pouvait avoir une influence, positive ou négative, sur le travail du personnel. J'ai aussi réalisé plusieurs entretiens avec l'ancienne directrice, la nouvelle directrice (arrivée en janvier 2015), le médecin coordonnateur et la cadre de santé sur les difficultés architecturales de l'EHPAD actuel qui limitent la prise en charge des résidents et l'efficacité du travail des professionnels. Les questions posées étaient toutes des questions ouvertes et il s'agissait davantage d'un échange avec les professionnels sur le contexte général de l'EHPAD actuel et leurs souhaits pour le futur EHPAD. Ainsi, les échanges avec les directrices ont davantage porté sur la vétusté des locaux, l'absence d'espaces de rangements disponible et le manque de sécurité de l'établissement. Avec les professionnels de santé, les échanges concernaient davantage leur vision du futur EHPAD et la nécessité de créer des unités fermées pour prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

De plus, la boîte à idées à destination du personnel a aussi permis d'alimenter cet état des lieux et d'identifier certains besoins.

Par la suite, j'ai organisé plusieurs groupes de travail, en autonomie ou avec le programmiste. En mars 2015, j'ai mené deux groupes de travail en autonomie :

- un groupe de travail avec le personnel assurant les fonctions de cuisine sur l'établissement concernant les difficultés liées au fonctionnement de la cuisine et de l'espace restauration en lien avec l'agencement des locaux et le matériel disponible et les besoins du personnel pour le futur EHPAD ;
- Un groupe de travail avec le personnel assurant les fonctions de lingerie (incluant la responsable hôtellerie) qui visait à comprendre les difficultés liées au fonctionnement de la lingerie et les besoins de la lingère et de la responsable hôtelière pour le futur EHPAD.

Dans un second temps, en avril 2015, j'ai co-animé avec le programmiste les groupes de travail avec le personnel soignant et paramédical, le personnel administratif, le personnel dédié à l'animation et le personnel logistique (ASH, lingerie, cuisine). Ces groupes de travail ont notamment été préparés avec le matériel issu de la boîte à idées. Lors de ces groupes, le programmiste et moi-même sommes revenus sur les besoins déjà identifiés et les nouvelles recommandations des professionnels. De plus, le programmiste s'est particulièrement intéressé au nombre d'espaces et de locaux nécessaires ainsi que leur agencement, selon les volontés des professionnels. Suite à ces entretiens, j'ai pu

réaliser un schéma fonctionnel d'une unité de soins et des espaces collectifs et administratifs du futur EHPAD en fonction des besoins et volontés exprimés par les professionnels.

2.3.2 Les résultats des groupes de travail : augmenter la surface des futurs EHPAD, adapter les locaux aux pathologies des résidents et favoriser les liaisons fonctionnelles entre les espaces

L'état des lieux réalisé grâce aux entretiens et groupes de travail a permis d'identifier des préconisations pour le futur EHPAD (A). Il est ainsi indispensable d'augmenter les surfaces de chaque espace, d'adapter les espaces aux pathologies des résidents, et de créer davantage d'espaces de rangements. De plus, les groupes ont permis de travailler sur les espaces nécessaires dans le futur EHPAD et les liaisons fonctionnelles entre les espaces (B).

A) L'état des lieux de l'EHPAD actuel : des constats donnant lieu à des préconisations pour le futur EHPAD

➤ Des espaces trop étroits

Le premier constat qui ressort de la journée d'observation, des réponses issues de la boîte à idées, des entretiens et des groupes de travail est celui de l'exiguïté des espaces, notamment de la chambre, du cabinet de toilettes, de la salle de bain commune et de la salle de vie collective. Les chambres étant petites, l'agencement des meubles n'est pas optimal et le personnel met beaucoup de temps pour manipuler et installer les résidents correctement. Le problème est le même dans la salle de bain commune, trop étroite. Ainsi, comme l'explique Mme BECAM, l'ancienne directrice de l'EHPAD Jules Parent : « Il est indispensable de créer des chambres plus vastes dans le futur EHPAD. Les résidents doivent pouvoir avoir un espace privé dans lequel ils peuvent recevoir leur famille. Aujourd'hui, les proches peuvent à peine rentrer dans la chambre. Il faudrait ainsi prévoir dans les futures chambres un espace avec des fauteuils ou un canapé pour que les familles puissent passer un moment dans la chambre de leur proche. »¹⁸

De plus, la salle de vie collective et la salle de restauration ne sont pas non plus assez vastes et l'installation aux tables des résidents en fauteuil roulant est souvent compliquée.

¹⁸ Entretien avec Mme BECAM, ancienne directrice de l'EHPAD du 23/12/14, voir annexe

Ainsi, concernant l'exiguïté des espaces, le point de vue du personnel rejoint le point de vue des résidents et il apparaît clairement que les espaces collectifs et privés devront être plus vastes dans le futur EHPAD.

Les préconisations sont donc l'augmentation de la superficie des chambres, du cabinet de toilettes, de la salle commune et de la salle de restauration.

La chambre	Préconisations
Sources : arrêté du 26 avril 1999 et groupe de travail	-Pour la chambre, la surface recommandée par l'arrêté du 26 avril 1999 ¹⁹ est de 18 à 22 m ² et le groupe de travail a préconisé la construction de chambres d'environ 20m ² . -Aménager dans la chambre un espace avec canapé ou fauteuil pour que les résidents puissent recevoir des invités dans leur chambre, leur lieu de vie.
Le cabinet de toilette et la salle d'eau	Préconisations
Sources : groupes de travail et article Hospimedia	-La surface minimale recommandée du cabinet de toilettes est de 4m ² incluant une zone libre minimale de 1,90 m ² de diamètre afin de permettre l'évolution d'un fauteuil roulant et de deux personnes. ²⁰
Salle de vie commune et espace de restauration	Préconisations
Sources : groupes de travail	-Mise en place de cloisons mobiles permettant de reconfigurer les espaces et de créer des espaces plus intimistes si nécessaire, notamment dans l'espace de vie central.

➤ Des espaces et équipements inadaptés aux pathologies des résidents

Les chambres, le cabinet de toilette et les salles de bain ne sont pas adaptés aux personnes âgées dépendantes, avec des difficultés importantes de mobilité. Ainsi, le

¹⁹ 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 no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

²⁰ CHARLES E, 28 août 2013, article Hospimedia

personnel déplore le risque de chute des résidents qui implique une vigilance renforcée pour le personnel. Par exemple, les barres d'appui dans les toilettes et salles de bain ne sont pas adaptées, les lavabos ne sont pas à bonne hauteur pour les personnes en fauteuil et les ouvertures de porte ne sont pas suffisamment grandes.

De plus, il n'existe pas de prise en charge spécifique à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées, et c'est pourquoi il a été décidé de créer deux unités fermées à destination des personnes atteintes de cette maladie dans le futur EHPAD. Le Docteur GANEM, médecin coordonnateur, fait partie des initiateurs de ce projet : « Actuellement, les locaux ne sont pas du tout adaptés aux besoins des résidents et aux pathologies. Il y a de plus en plus de patients déambulant et/ou avec des pathologies Alzheimer ou apparentées et les locaux ne sont pas adaptés à ce type de prise en charge. Il est indispensable de prévoir notamment la création d'un ou de plusieurs espace protégé pour ces personnes. »²¹

Les préconisations pour le futur EHPAD sont donc l'utilisation de matériels et équipements adaptés aux personnes âgées et la création de deux unités fermées. En groupe de travail, il a aussi été décidé de la création d'un PASA.

La chambre	Préconisations
Sources : groupes de travail et manuel INRS	<ul style="list-style-type: none"> -Prévoir un passage libre dans la chambre minimum de 90 cm pour permettre au personnel d'évoluer -Prévoir l'utilisation d'un lève-personne en tout point de la chambre -Déterminer une zone pour réaliser aisément les transferts (lit/fauteuil, lit/chariot douche). -Prévoir une porte d'entrée dans la chambre avec un espace minimum de 140 cm pour qu'un lit puisse passer. -Prévoir un lit à hauteur variable - Prévoir des fenêtres oscillo-battantes -Prévoir des rails plafonniers dans toutes les chambres, qui puissent aller jusqu'à la salle de bain. -Prévoir des volets électriques dans la chambre -Prévoir un système d'appel malade dans toutes les chambres
Le cabinet de toilette et la salle d'eau	Préconisations

²¹ Entretien avec le Dr GANEM, médecin coordonnateur, du 6 février 2015, voir annexe 4

Sources : groupes de travail, manuel INRS	<ul style="list-style-type: none"> -Adapter le cabinet de toilette aux personnes âgées en prévoyant des barres d'appui adéquates et implanter les toilettes de façon à être utilisables pour les aides techniques (verticalisateur, chariot douche) et prévoir des barres de maintien escamotable avec béquilles de renfort de part et d'autre de la cuvette WC. - Prévoir des toilettes et des lavabos réglables en hauteur -Installer la salle d'eau du côté circulation -Installer une porte coulissante en applique (suspendu+guide) pour un gain de place dans le volume intérieur ou une porte « accordéon ». -Privilégier la mise en place d'un lavabo de type plan vasque intégré suspendu, pour faciliter l'entretien et le nettoyage. -Prévoir un lavabo avec mélangeur, un robinet d'eau froide et d'eau chaude ce qui facilite l'utilisation pour les personnes désorientées. -Prévoir un miroir utilisable assis ou debout. -La douche : installer une douche sans bac avec siphon de sol et pente inférieure à 2%. -Equiper la douche de barres de maintien horizontales.
---	--

➤ **Une circulation compliquée et des espaces de stockage insuffisants**

La circulation au sein des locaux est un autre problème de l'EHPAD actuel puisque le personnel se plaint de couloirs et d'ascenseurs trop étroits. En effet, un seul des deux ascenseurs peut accueillir une personne en fauteuil roulant ce qui n'est pas suffisant au regard du nombre de résidents en fauteuil. Cela crée souvent une longue file d'attente devant les ascenseurs.

De plus, il est difficile pour deux fauteuils de se croiser dans les couloirs au niveau des chambres des résidents car ces derniers sont étroits et sont souvent encombrés par les « carolines », chariots de soin ou de linge des aides-soignants, IDE, ASH et de la lingère. Ainsi, il faudrait augmenter le nombre d'ascenseurs dans le futur EHPAD (4 minimum) et les adapter aux normes en vigueur pour les personnes à mobilité réduite. De plus, il faut créer davantage d'espaces de stockage pour le matériel de soins et créer des « niches » ou alcôves dans les murs pour pouvoir entreposer les chariots de soin ou de linge et ménage.

Couloirs et circulations	Préconisations
--------------------------	----------------

Sources : groupes de travail et entretiens	<ul style="list-style-type: none"> -Des couloirs plus larges pour faciliter les croisements des résidents et des chariots du personnel. -Créer des placards et espaces de stockage dans les couloirs à destination du matériel du personnel (matériel de ménage et de soins) -Prévoir une ou deux alcôves dans les couloirs pour pouvoir placer les chariots de soin ou de linge afin qu'ils ne perturbent pas la circulation - Prévoir dans les couloirs près des chambres résidents des espaces pour brancher les appareils/machines -Nécessité de prévoir 4 ascenseurs environ, dont au moins un destiné seulement aux activités de service.
--	--

Ces premiers constats et préconisations furent les résultats généraux de la boîte à idées, des entretiens et des groupes de travail, hors présence du programmiste. Par la suite, les groupes de travail ont cherché à détailler de manière plus approfondie chacun des espaces du futur EHPAD. Les préconisations finales et le pré-programme étaient beaucoup plus détaillés que les thèmes évoqués ci-dessus. Néanmoins, ce qui est évoqué ci-dessus émane d'un constat et d'une demande directe des professionnels et c'est sur cette base que tout le projet s'est construit.

B) Les schémas fonctionnels : les besoins du personnel en termes d'aménagement des espaces et de liaisons fonctionnelles

Lors des groupes de travail en collaboration avec le programmiste, les professionnels ont aussi exprimé leur souhaits relatifs aux espaces nécessaires dans le futur EHPAD et à l'agencement de ces espaces ou situation des espaces les uns par rapport aux autres. Ainsi, suite à la demande des professionnels, j'ai pu élaboré des schémas fonctionnels. Ce sont les schémas fonctionnels des espaces dédiés au personnel et à la vie collective et d'une unité de soins. Pour réaliser ces schémas, je me

suis inspirée de schémas réalisés par d'autres programmistes et du schéma fonctionnel de l'INRS.²²

Ainsi, concernant la proximité entre les espaces, les professions paramédicales ont demandé à ce que l'espace de rééducation soit près du lieu de vie. L'ergothérapeute a aussi demandé à ce que son local de stockage se situe près de l'espace central.

Les bureaux du médecin coordonnateur et de la cadre de santé devront aussi se situer à proximité du pôle soins, comme dans l'EHPAD actuel.

Le bureau du futur responsable hôtelier devra se situer à proximité du secrétariat et du hall d'accueil. De plus, les salariés ont demandé à ce que les vestiaires ne soient plus situés au sous-sol, mais près de l'entrée et de la badgeuse.

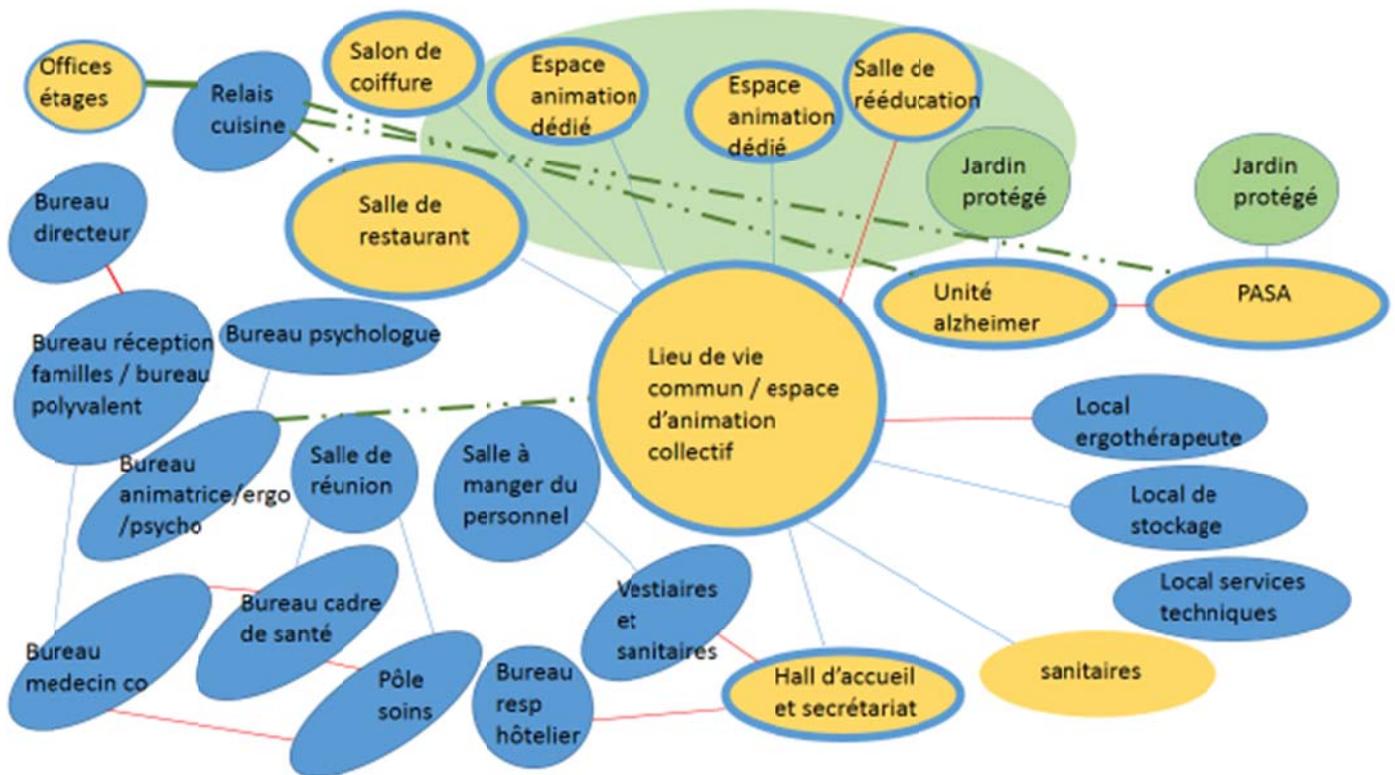
Schéma fonctionnel d'une unité de soins :



Le poste de relais-soins et le local lingerie doivent avoir une place centrale au sein de l'étage et se situer à proximité de la sortie d'étage

²² INRS, février 2012, « Conception et rénovation des EHPAD, Bonnes pratiques de prévention »

Schéma fonctionnel des espaces dédiés au personnel et à la vie collective, potentiel « rez-de-chaussée » du futur EHPAD :



Légende :

- Proximité immédiate
- Liaison fonctionnelle de proximité
- Liaison fonctionnelle
- Espace réservé au personnel
- Espace réservé aux résidents
- Espace mixte
- Espaces verts

2.3.3 Les visites d'établissement : l'occasion d'observer des architectures et organisations différentes et d'obtenir un retour d'expérience de la part des professionnels

Les établissements visités sont des établissements qui ont été reconstruits récemment en Ile-de-France et qui présentent une architecture innovante et/ou une prise en charge spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées (A). Ces visites furent l'occasion d'échanges avec les directeurs ou professionnels rencontrés et ont permis de s'inspirer dans le projet de reconstruction de l'EHPAD Jules Parent des « bonnes idées » observées (B).

A) Des établissements récemment reconstruits et présentant une architecture innovante et/ou une prise en charge spécifique des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer

Durant les mois de février et mars 2015, j'ai organisé plusieurs visites d'établissements qui ont été récemment construits ou reconstruits dans la région parisienne :

-Le 16 février 2015 : visite de l'EHPAD Geneviève Laroque, à Morangis (91), établissement du SEGA (Service public essonnien du grand âge)

-Le 10 mars 2015 : visite des deux UHR hospitalières de Ste Perrine, dans le 16^e arrondissement de Paris

-Le 12 mars 2015 : visite de l'EHPAD du Bois Renoult de l'Hôpital de Montfort-L'Amaury (78)

L'EHPAD Geneviève Laroque et l'EHPAD du Bois Renoult sont deux EHPAD récemment reconstruits, avec une architecture innovante et qui ont organisé une prise en charge spécifique à destination des malades d'Alzheimer via des unités fermées dédiées. L'EHPAD Geneviève Laroque a aussi mis en place un accueil de jour en semaine.

La visite des deux UHR de Sainte Perrine a permis d'étudier la configuration de deux UHR hospitalières qui font partie d'une véritable filière gériatrique axée sur les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs au sein de l'hôpital avec la présence d'une USLD et une UCC (Unité cognitivo-comportementale). Les UHR ont pour objectif d'accueillir une population ciblée : des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes comportementaux sévères. Le personnel des UHR est un personnel spécifiquement qualifié et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces patients. L'équipe soignante de jour des 2 UHR de Ste Perrine est composée de dix-huit assistants de soins en gériatrie, deux infirmières, une ergothérapeute, une psychomotricienne, et une psychologue. Selon le professeur Le Dastumer, à l'initiative de la création de ces deux UHR, la professionnalisation du personnel est la clé du succès d'une UHR. Les assistantes en soins de gériatrie ont ainsi suivi une formation de 140 heures qui leur a permis de développer leurs connaissances sur les symptômes comportementaux, d'être mieux à même de répondre aux besoins des personnes âgées avec des troubles cognitifs et de savoir anticiper et gérer certaines situations de crise.

B) Les visites : un retour d'expérience des professionnels formateur et la possibilité de s'inspirer dans le projet de reconstruction de l'EHPAD Jules Parent des « bonnes idées » observées

Le directeur du CHD Stell, la directrice de l'EHPAD, la cadre de santé et plusieurs infirmières ont pu participer aux visites des établissements. La visite est l'occasion pour les professionnels de pouvoir s'entretenir avec le personnel, d'observer les organisations soignantes, l'architecture et d'obtenir des conseils dans la reconstruction du futur EHPAD. Dans un premier temps, les visites sont très bénéfiques pour les professionnels car elles leur permettent de voir l'aboutissement d'un projet de construction et de comprendre encore davantage l'impact que peut avoir l'architecture sur la prise en charge des résidents. Le personnel ou les directeurs interrogés ont tous conclu à une amélioration nette du cadre de vie, de la prise en charge et du bien être au travail pour le personnel de tels projets de construction ou de reconstruction. Les visites donnent aussi de nombreuses idées aux professionnels et leur permettent de comprendre encore davantage l'intérêt de leur participation dans les groupes de travail. Grâce à ces visites, certains professionnels ont pu davantage participer dans les groupes car ils avaient pu observer des architectures innovantes ou des équipements intéressants.

De plus, les visites permettent aussi d'échanger avec les directeurs et les professionnels sur les succès de l'architecture actuelle de leur établissement, mais aussi les inconvénients.

Ainsi, pour le directeur de l'EHPAD de Morangis, même si l'établissement est clairement un modèle architectural et offre un confort de vie non négligeable aux personnes âgées dépendantes grâce à ses grands espaces, ses jardins, ses grandes chambres et surtout les nombreux services qu'il offre : salon esthétique, salon de coiffure, espace informatique, espace snoezelen..., présente aussi des défauts et est victime de son « avant-gardisme ». L'établissement dispose d'une salle entièrement neuve de télémédecine qui permet aux résidents d'avoir accès sur place à plus de 12 spécialités médicale (dont la dermatologie, la psychiatrie...). C'est l'infirmière de l'établissement qui prend rendez-vous pour le résident via la plateforme et celui-ci peut obtenir une consultation depuis cette salle. Néanmoins, cette salle ne trouve pas encore d'utilité puisqu'elle n'a été utilisée que 4 fois en 2014. En effet, les médecins qui prescrivent les consultations des spécialistes ont tendance à orienter vers leurs collègues et non vers les spécialistes qui utilisent le dispositif de télémédecine (hôpital privé gériatrique à proximité de l'EHPAD). De plus, la consultation mobilise l'infirmière qui doit rester sur place et ne permet donc pas vraiment de dégager du personnel pour renforcer les soins.

De plus, le directeur de l'EHPAD de Morangis a aussi regretté l'absence de chambres doubles dans l'établissement car il arrive encore que l'EHPAD accueille des couples. Selon lui, il faut toujours garder une ou deux chambres doubles qui peuvent être transformées en chambre simple lorsque cela est nécessaire.

À l'EHPAD du Bois Renault, la directrice, si elle apprécie le confort du nouvel EHPAD, déplore une superficie trop élevée qui entraîne une fatigue accrue du personnel. De plus, selon elle, les organisations soignantes n'ont pas été bien étudiées et la composition des unités en des espaces organisés autour de 20 chambres ne permet pas d'atteindre un seuil de gestion optimal concernant les effectifs soignants. De plus, l'absence de rails plafonniers dans les chambres est un point négatif car cela implique que certains rails devront être installés par la suite mais les coûts seront plus importants que s'ils avaient été prévus dès la construction de l'établissement.

Ainsi, les directeurs ont insisté sur l'importance du recueil des besoins et la nécessité d'affiner le programme de construction au maximum pour que l'essentiel de la future architecture soit étudié et évalué avec les équipes. Les visites permettent aux équipes d'observer les bonnes pratiques ou les pièges à éviter et surtout de se projeter dans leur futur établissement. Les visites permettent ainsi d'impliquer davantage les équipes professionnelles dans le projet et de renforcer leur motivation.

3. Les enseignements et préconisations de la démarche menée

Il est maintenant intéressant de dresser un bilan de la démarche menée et de formuler des préconisations pour les futurs managers ou directeurs en charge d'un tel projet. Ainsi, le premier constat est que les outils utilisés dans la démarche d'identification des besoins et des usagers dans le cadre du projet de reconstruction sont adéquats mais pourraient être améliorés (3.1). De plus, la démarche ne peut être un succès seulement si elle est suivie par une instance ad hoc et menée par un chef de projet (3.2). Enfin, il est indispensable d'associer l'ensemble du personnel et des usagers tout au long du projet pour favoriser la conduite du changement (3.2)

3.1 Des outils adéquats mais qui pourraient être améliorés

Les outils utilisés dans ce projet peuvent être améliorés. Dans un premier temps, il aurait pu être intéressant d'associer les professionnels à l'élaboration des questionnaires et il est essentiel de ménager l'effort de concentration des personnes interrogées (3.1.1). Dans le cadre des entretiens et groupes de travail, il est essentiel de laisser la parole libre aux professionnels mais ce dans un cadre défini par l'animateur (3.1.2). Enfin, en ce qui concerne les visites, il est important de les préparer en amont et d'associer davantage de personnel (3.1.3).

3.1.1. Associer les professionnels à l'élaboration des questionnaires et ménager l'effort de concentration des personnes interrogées

Le questionnaire de satisfaction doit être élaboré de manière concertée (A) avec les professionnels qui gagneront en efficacité et en neutralité s'ils sont formés à la méthode (B). De plus, pour que le questionnaire soit réussi, il est indispensable de ménager l'effort de concentration des usagers interrogés (C).

A) Élaborer de manière concertée le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction à destination des usagers a été élaboré par la cheffe de projet et l'élève directeur, en s'appuyant sur les questions stratégiques identifiées. Le questionnaire a aussi été relu par la responsable qualité, le directeur général et étudié en CVS. Cependant, il aurait été préférable d'associer le personnel soignant à l'élaboration du questionnaire à l'occasion d'un groupe de travail, ou de réaliser une présentation du questionnaire en transmission pour que les professionnels

puissent faire un retour dessus. Seuls les professionnels présents en CVS ont réellement pu s'exprimer sur le questionnaire à destination des usagers.

Ainsi, la participation des professionnels à l'écriture du questionnaire facilite leur compréhension de la démarche globale participative liée au projet de reconstruction, mais leur permet aussi de s'approprier davantage les questions à poser aux usagers. En effet, les professionnels comme l'animatrice ou une partie du personnel paramédical ont rempli avec les usagers le questionnaire. Néanmoins, il apparaît plus facile d'aider ou de guider le résident dans la compréhension des questions lorsque ces dernières ont été élaborées ou étudiées par les personnes interrogatrices.

B) Former les professionnels à la méthode du questionnaire

De plus, il aurait été aussi été préférable de prendre un temps pour former les professionnels à la méthode du questionnaire et de les alerter sur les notions d'objectivité. Bien qu'il ait été demandé aux professionnels de ne pas influencer les réponses, et de noter strictement les réponses des résidents, il aurait fallu organiser un petit temps de formation sur la méthode d'interrogation. En effet, si l'aide apportée par l'enquêteur est essentielle au regard de la population concernée, il est évident que l'objectivité absolue demeure impossible et que l'enquêteur peut avoir tendance, sans s'en rendre compte, à reformuler ou à atténuer les propos de l'enquêté, en particulier dans le cas des questions ouvertes. Ainsi il faut rappeler aux professionnels l'importance de la posture de l'enquêteur, qui doit être une posture neutre et objective. Le professionnel ne doit plus être perçu par l'utilisateur comme un professionnel de l'EHPAD mais simplement comme un interrogateur externe destiné à se renseigner sur les volontés des résidents. Néanmoins, dès lors que l'interrogateur est un professionnel connu du résident, il n'est pas vraiment possible d'éliminer le biais que cela peut induire sur les réponses des usagers.

C) Ménager l'effort de concentration des personnes interrogées

Enfin, il est essentiel dans ce type de questionnaire de ménager l'effort de concentration des personnes interrogées. Or, le questionnaire était adossé au questionnaire de satisfaction global de l'établissement de 2015 et l'effort demandé était important, voire trop important. Ainsi, je pense que ce n'était pas une bonne idée d'associer les deux questionnaires. Si cela apparaissait plus efficace d'un point de vue de la direction et du personnel car tout était réalisé en une seule fois, cela a demandé un effort de concentration intense pour les usagers, impliquant de devoir souvent réaliser le questionnaires en deux étapes après une pause de plusieurs heures. Ainsi, si l'intérêt était aussi de n'interroger qu'une seule fois les usagers, cela n'a pas été toujours le cas.

Pour ménager l'effort de concentration du résident, il est important de l'interroger à des heures propices (en général vers dix heures du matin ou seize heures de l'après-midi) lorsque le résident était en forme, et ce, dans un lieu calme et approprié comme la chambre du résident, un coin isolé du salon, ou un bureau du personnel isolé.

Les questions posées doivent être des questions simples et il est préférable de limiter les questions ouvertes. Dans le questionnaire élaboré, seule la dernière question était une question ouverte, elle portait sur la façon dont les résidents voyaient le futur EHPAD et rares ceux qui ont répondu à cette dernière question.

De plus, il est toujours préférable de tester le questionnaire sur un petit échantillon d'usagers avant d'interroger l'ensemble pour voir si les questions sont facilement compréhensibles par les résidents.

3.1.2. Des entretiens et groupes de travail qui doivent laisser la parole aux professionnels dans un cadre défini par l'animateur

Pour réussir son entretien, il est important d'identifier les personnes clés à interroger et de favoriser le dialogue grâce à des questions ouvertes (A). En ce qui concerne les groupes de travail, la clé se trouve dans l'animateur qui doit osciller entre son rôle de facilitateur et de régulateur (B).

A) Les entretiens : Identifier les interlocuteurs clés et favoriser le dialogue avec des questions ouvertes

J'ai réalisé des entretiens auprès de l'équipe managériale, c'est à dire l'ancienne et la nouvelle directrice, la cadre de santé et le médecin coordonnateur. Ces interlocuteurs m'ont semblé être des interlocuteurs clés de par leurs fonctions managériales, leur expérience professionnelle et leur connaissance des besoins à la fois des professionnels et des usagers. De par leur participation aux groupes de travail, les autres professionnels n'ont pas été directement interrogés lors d'entretien.

Ainsi, je pense que tous les professionnels ont pu donner leur point de vue, que ce soit grâce aux entretiens ou groupes de travail mais les familles ont quant à elles seulement été représentées par le questionnaire. Il aurait été intéressant d'interroger aussi les familles représentées au CVS ou des familles, désignées par la directrice, particulièrement impliquées dans la vie de l'EHPAD et connaissant bien les locaux.

L'entretien avec chacun des professionnels a duré de trente minutes à une heure et portait sur les souhaits de chacun pour le futur EHPAD dans la perspective des besoins identifiés pour le personnel et les usagers. L'entretien s'est davantage présenté comme un échange, un dialogue avec des questions très ouvertes et l'utilisation d'une méthode

dite de « l'entonnoir » : la question posée étant en général plus large que la problématique cible.²³ Ainsi, les questions doivent être ouvertes pour que toutes les réponses soient possibles et posées de façon à éviter les biais de suggestion.

B) Les groupes de travail : l'importance d'un animateur à la fois facilitateur et régulateur

Les groupes de travail ont été réalisés avec l'ensemble du personnel, qui a été consulté plusieurs fois. Les premiers groupes de travail avaient comme objectifs l'identification des besoins généraux des professionnels pour le futur EHPAD. Les groupes suivants, avec le programmiste, visaient davantage à déterminer les espaces nécessaires dans le futur établissement, leur agencement et les liaisons fonctionnelles, ainsi que le matériel spécifique dont certains professionnels pouvaient avoir besoin.

Les personnes volontaires ont pu s'inscrire au groupe qu'elles souhaitaient, l'essentiel était que tous les corps de professionnels soient représentés. Aucune préparation spécifique n'a été demandée vis à vis des professionnels, mais leur point de vue avait pu être en partie recueilli grâce à la boîte à idées. Ainsi, cette dernière m'a permis de préparer les premiers groupes de travail en fonction des besoins identifiés dans cette boîte.

Les objectifs et les enjeux des groupes de travail ont été présentés en transmission et ont été rappelés à chaque début de groupe. J'ai animé les groupes en rappelant régulièrement ces objectifs et en fixant un cadre mais j'ai tout de même laissé une grande liberté de parole aux professionnels. L'animateur doit ainsi jouer le rôle de facilitateur pour que les professionnels s'expriment librement, mais aussi de régulateur en cas de débordement. Les professionnels ont ainsi pu évoquer leurs besoins, et ce en général en lien avec leurs conditions de travail dans l'EHPAD actuel. L'animateur coordonne les interventions des uns et des autres mais favorise aussi le consensus. Il reformule en général ce qui est dit par chacun en demandant l'approbation ou l'invalidation des autres. Cette méthode permet de faciliter la prise de décision et de mettre tout le monde d'accord.

En général, il est important qu'un rapporteur soit nommé dans chaque groupe mais j'ai préféré enregistrer les groupes et procéder à la retranscription ensuite.

3.1.3 Préparer les visites d'établissement en amont et associer davantage de personnel

Concernant les visites, il est indispensable qu'elles soient préparées en amont (A) et que davantage de professionnels y soient associés (B).

²³ DONNET-DESCARTES E, DUJARDIN D, « Evaluer avec les usagers », p43

A) Préparer les visites en amont

Afin d'optimiser le temps sur place et d'observer les éléments essentiels liés à l'architecture de l'EHPAD, l'agencement des pièces et les organisations de travail, il est indispensable de préparer la visite en amont. Ainsi, j'envoyais un mail à tous les participants à la visite avec les principaux points d'intérêt de l'EHPAD reconstruit : nombre de lit, présence d'une unité Alzheimer ou d'une UHR, d'un PASA et la spécificité des locaux (jardin thérapeutique, espace snoezelen, salon d'esthétique...). Ces informations avaient été collectées grâce au site internet ou directement auprès du directeur de l'établissement. Nous avons choisis de visiter des établissements publics avec en général un nombre équivalent de résidents pris en charge (autour de 100) que celui du futur EHPAD.

Les professionnels ont tous préparé à l'avance les questions qu'ils avaient à poser au directeur ou aux membres du personnel soignant.

B) Associer davantage de personnel aux visites

Les visites d'établissement ont permis aux professionnels, cadres ou professionnels de santé, d'observer des projets de reconstruction récemment aboutis. Cette méthode de participation s'est révélée très bénéfique pour les professionnels car cela a permis de stimuler leur imagination et de faciliter leur projection dans le futur EHPAD. Les professionnels qui ont participé aux visites se sont en général montrés davantage impliqués dans le projet et très investis dans les groupes de travail.

Ainsi, il me semble que la visite d'établissements récemment construits ou reconstruits doit être ouverte à tous les professionnels, y compris aux aides-soignants ou ASH volontaires. Seuls les directeurs, la cadre de santé et les infirmiers ont été conviés aux visites à l'EHPAD Jules Parent notamment à cause des difficultés en terme d'organisation qu'impliquait la venue de davantage de professionnels de terrain. De plus, les professionnels qui avaient pu visiter les établissements reconstruits ont présenté les principaux points d'intérêt de la visite en groupe de travail avec le programmiste mais aucune restitution officielle des visites n'a été réalisée auprès des autres professionnels restés sur place, lors des transmissions par exemple. Ainsi, je pense qu'il est nécessaire d'associer davantage de personnel de terrain aux visites et de renforcer la communication sur ce qui a été observé. Il est aussi possible de désigner des « référents projet » dans chacun des corps de l'EHPAD (ASH, AS, IDE) afin qu'ils participent aux visites et retransmettent ensuite aux équipes les points intéressants de leurs observations.

3.2. L'importance du suivi du projet par une instance ad hoc et de la désignation d'un chef de projet en charge du recueil des besoins

Un projet de reconstruction réussi implique un suivi régulier du COPIL composé des directeurs, cadres et personnes en charge du projet (3.2.1). De plus, s'entourer de professionnels experts dans leur domaine est aussi une condition de réussite du projet (3.2.2).

3.2.1. Associer les directeurs, cadres et personnes en charge du projet au COPIL

Le COPIL doit être pluri-professionnel (A) et assurer un rôle de suivi régulier (B).

A) L'importance d'un COPIL pluri-professionnel

Le COPIL formé au CHD Stell en charge de définir les orientations stratégiques du projet, de se prononcer sur les principales décisions et les différents choix architecturaux était composé du Directeur général, de la Directrice de l'EHPAD, du programmiste, du directeur des travaux et de moi-même, cheffe de projet visant à identifier les besoins des usagers et des professionnels. Cette composition, décidée par le directeur général, était à mon sens insuffisante car il n'y avait aucun représentant des professionnels de terrain et des usagers, si ce n'est la cheffe de projet en charge de faire remonter leurs besoins. Pour un tel projet, le COPIL doit être composé de directeurs, cadres et professionnels de terrain. Il aurait ainsi été intéressant de faire participer la cadre de santé de l'EHPAD aux réunions du COPIL ainsi qu'un infirmier ou un aide-soignant volontaire. Même si les principaux éléments du projet ont été débattus au sein des groupes de travail avec les professionnels, il est bien qu'un professionnel de terrain puisse aussi prendre part aux décisions stratégiques et défendre le point de vue des acteurs de terrain.

B) L'importance du rôle de suivi régulier du projet du COPIL

Le rôle du COPIL dans l'élaboration d'un projet de reconstruction est essentiel puisque de nombreuses décisions doivent être prises tout au long du processus de construction et tous les agents ne peuvent donner leur avis et trancher. Ainsi, une instance décisionnelle permet de donner au projet un cap précis. La phase de définition du programme de construction durant plusieurs mois, il peut être utile de définir en amont un calendrier de réunions du COPIL qui pourra se réunir environ toutes les deux/trois semaines pour entériner les principales décisions. Un investissement important des acteurs du projet est indispensable à sa réussite et cet investissement doit être impulsé par le Directeur général et la Directrice de l'EHPAD. Leur rôle est de fédérer les acteurs et

de montrer aux membres du COPIL l'importance de leur rôle stratégique. Les Directeurs doivent aussi expliquer l'importance de prendre des décisions concertées et réfléchies car les choix entérinés ne seront pas revus dans la suite du projet. Ainsi, l'investissement et la conduite du changement ne peuvent être que le résultat d'une volonté managériale.

Au sein du COPIL, le chef de projet en charge de faire remonter les besoins des résidents et des usagers a un rôle essentiel dans la prise de décision, puisqu'il doit convaincre les directeurs de prendre les décisions en fonction des envies et besoins des usagers. Selon moi, ce chef de projet a un rôle tout au long du processus de construction : de l'identification des besoins, à la conception et la réalisation des travaux. Ainsi, même si j'ai apprécié réaliser cette mission, mon conseil pour les autres établissements serait de choisir une personne relativement neutre et qui envisage de rester dans l'établissement dans la durée. Ainsi, cette personne peut vérifier que les besoins des usagers et des professionnels, même s'ils sont inscrits dans le programme, sont aussi bien respectés lors de la phase de conception et de réalisation des travaux.

3.2.2 S'entourer de professionnels experts dans leur domaine est une condition indispensable à la réussite du projet

Il est essentiel de prendre le temps de bien choisir les professionnels experts participant au projet (A) et de s'appuyer sur leur avis dans la prise de décision (B).

A) Prendre le temps de bien choisir les professionnels experts participant au projet

Le directeur, ses adjoints et les cadres ont certes des connaissances en matières de travaux et de conduite de projet mais il est indispensable d'être accompagné par des professionnels du secteur de la construction ayant aussi des connaissances dans le secteur des personnes âgées. Ainsi, le CHD Stell s'est fait accompagner d'un cabinet de conseil pour réaliser l'étude de faisabilité et déterminer les principales orientations du projet (nombre de lits, population accueillie, coût général du projet...), puis d'une équipe de programmistes afin de réaliser le programme de construction.

Le choix du cabinet et des programmistes retenus a été réfléchi et discuté en équipe de direction. Il est essentiel de trouver un programmiste qui comprenne les valeurs de l'établissement et qui accepte de prévoir un programme en considération des volontés de la direction, du personnel et des usagers. De plus, il est indispensable que le programmiste ait des connaissances dans le secteur de la gérontologie et les personnes âgées dépendantes. Nous avons choisi au CHD Stell le groupe de programmiste SECA santé car ce groupe a déjà réalisé des missions de reconstruction d'EHPAD en île de

France et car les professionnels de ce cabinet ont une bonne connaissance du secteur des personnes âgées. Ainsi, un de leurs membres, avant d'être programmiste, menait des missions d'évaluation externe à destination des établissements médico-sociaux. Ces éléments nous ont semblé être des garanties essentielles au travail de qualité de ce cabinet. Il est essentiel que le programmiste connaisse les besoins des personnes âgées dépendantes et trouve des solutions adaptées à leurs pathologies.

B) L'importance de s'appuyer sur les experts pour prendre les principales décisions

Les professionnels experts dans leur domaine ont pour rôle d'orienter le projet tout en prenant en compte les volontés managériales. Ils assurent l'interface entre les volontés des professionnels de terrain et les volontés managériales. Ainsi, le programmiste participe au COPIL et a pour rôle d'exposer à ces membres toutes les informations utiles pouvant les guider dans leur prise de décision. Il rappelle donc régulièrement au COPIL, avec la cheffe de projet, les besoins des usagers et des professionnels dans le cadre du projet et aide les managers à prendre les principales orientations du projet.

Le directeur et le COPIL doivent donc prendre en compte les avis des experts et s'appuyer sur leur aide pour décider les principales orientations du projet. Il est donc indispensable de choisir des professionnels dont l'expertise est reconnue et à qui on peut faire confiance pour prendre les bonnes décisions.

2.2.3 Le rôle d'impulsion du directeur : la nécessité d'un appui managérial fort

Le directeur est la clé de voute du projet de reconstruction et de ses orientations stratégiques. Il assure la coordination entre tous les acteurs et s'assure que chacun respecte sa mission, ses objectifs, et les délais convenus. Il organise aussi les réunions de suivi du projet et s'assure de la communication et des échanges entre tous les professionnels participant au projet. Avec la concertation du COPIL, il prend les principales décisions stratégiques relatives au projet.

Ainsi, le directeur donne les principales orientations au projet de reconstruction. La décision d'identifier les besoins des résidents et des usagers est une décision managériale et je n'aurais pu mener cette mission sans le soutien et l'appui du directeur. Le directeur oriente les acteurs et leur explique le sens et les objectifs du projet. C'est au directeur d'expliquer au programmiste la place qu'il souhaite laisser dans le programme aux besoins identifiés par les usagers et des résidents. Sans un appui managérial fort, les besoins des résidents et familles n'auraient pu être autant intégrés au projet de reconstruction. Ainsi, le directeur a souligné aux différents acteurs l'importance de mettre

en place une politique participative dans un tel projet, ce qui a donné une importance à mon travail et facilité les échanges avec le programmiste.

3.3. Associer l'ensemble des professionnels et des usagers afin de faciliter la conduite du changement

Pour assurer la conduite du changement et la réussite du projet, il est important de garantir l'implication du personnel et des usagers tout au long du processus (3.3.1) en fédérant l'ensemble des professionnels et usagers (3.3.2) et en assurant une politique de communication continue et participative (3.3.3).

3.3.1 Garantir l'implication du personnel et des usagers tout au long du processus

Il est essentiel d'intégrer le thème de la prévention des risques professionnels dès la phase d'identification des besoins (A) pour favoriser la participation des usagers et prévoir un établissement fonctionnel qui dure dans le temps. De plus, il est important d'impliquer les professionnels tout au long du projet : de l'identification des besoins à la conception ou réalisation des travaux (B).

A) Associer le personnel sur le thème de la prévention des risques dès la phase d'étude des besoins afin de créer un établissement fonctionnel et durable

La prévention des risques professionnels est un thème important qui doit être abordé dans tous les groupes de travail avec les professionnels dès la phase d'étude des besoins. Il s'agit de regarder la chambre ou les différents espaces à reconstruire à travers le prisme du travail des professionnels et de créer des espaces adaptés pour limiter les contraintes posturales et les déplacements.

Ce thème de prévention des risques professionnels peut être abordé en groupe de travail lors de la définition des besoins des professionnels concernant chaque espace du futur EHPAD. S'il est important de mettre l'accent sur la prévention des risques dans la chambre du patient ou la salle de bain, où les transferts sont importants, il ne faut pas non plus oublier de s'arrêter sur les secteurs considérés trop souvent comme « annexes » aux activités de soins et d'hébergement : locaux techniques, cuisine, lingerie, buanderie...

Pour aborder ce thème, il est possible de s'appuyer en groupe de travail sur le guide INRS qui fixe des repères généraux et particuliers à chaque local et constitue une

aide à l'intégration de la prévention dès la programmation du projet. ²⁴L'assurance maladie et le Synerpa (Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées) ont aussi réalisé un guide de soixante bonnes pratiques de prévention en EHPAD dont il est possible de s'inspirer. ²⁵

Ainsi, il s'agit de mettre sur un pied d'égalité la qualité des prestations fournies aux usagers et la santé des salariés dans le cadre du projet de reconstruction. D'ailleurs, si les professionnels n'ont pas forcément toujours des propositions concrètes pour la reconstruction du futur EHPAD, ils ont en général facilement conscience de leurs conditions de travail et des risques auxquels ils doivent faire face au quotidien. Les thèmes relatifs aux risques professionnels ont été abordés dans les groupes de travail au CHD Stell. Néanmoins, comme le recommande Maryse Pichon, directrice de l'EHPAD de Créon à Bordeaux, il peut être vraiment utile de faire appel à un spécialiste de la prévention des risques professionnels (ergonome, cabinet de conseil...) le plus en amont possible du projet de reconstruction pour accompagner les professionnels dans la formulation de leurs propositions et pour retranscrire ces propositions dans le projet. Le CHD Stell a fait appel à un programmiste expérimenté mais n'a pas fait appel à un expert en prévention des risques professionnels. Ainsi, faire appel à ce genre de spécialiste peut aider le personnel dans l'identification de ses besoins et peut aussi éviter certains coûts futurs.

Ainsi, la prévention des risques doit être prise en compte dès le départ pour pouvoir construire un établissement qui favorise la qualité de vie au travail des professionnels et donc la qualité de prise en charge des usagers. La directrice de l'EHPAD de Créon, près de Bordeaux, a ainsi témoigné de l'importance de prendre en compte ces risques dès l'initiation du projet. L'EHPAD de Créon a obtenu le 1^{er} prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées de la CNSA en 2010. Néanmoins, selon la directrice, Maryse Pichon, « un ensemble de points auraient dû être intégrés dès la conception et il faut savoir que lorsque les choses ne sont pas prises en compte dès le départ, les coûts peuvent être multipliés par dix à chaque étape ». ²⁶

Par exemple, pour des raisons de coupe budgétaire, la direction a décidé de ne pas installer de pièce froide dans la cuisine alors que c'était un souhait des professionnels de cuisine. Dès lors, l'installation d'une pièce froide est prévue mais aura un coût largement supérieur à celui qui aurait été établi dans le projet initial.

²⁴Guide de l'INRS, février 2012, « Conception et rénovation des EHPAD, bonnes pratiques de prévention »

²⁵ SYNERPA et l'Assurance Maladie, 2011, « Prévention des risques professionnels, guide de bonnes pratiques à destination des EHPAD »,

²⁶ BRASSEUR Grégory, CLERGIOT Joël, VAUDOUX Delphine, Revue Travail et Sécurité, avril 2012 dossier « les compagnons de la dépendance »

De plus, dans cet EHPAD, aucune chambre n'est équipée d'un rail plafonnier pour aider à la mobilisation des résidents. Ainsi, c'est le thème de la prévention des risques qui n'a pas été suffisamment intégré à la réflexion du projet de reconstruction de l'EHPAD. En effet, s'il est vrai que le personnel est parfois réticent à utiliser ce matériel, il est néanmoins indispensable pour prévenir les lombalgies et les troubles musculaires. De plus, il est nécessaire de penser à l'évolution des résidents dans les prochaines années. Si certains sont encore plus ou moins valides aujourd'hui dans les EHPAD, ce ne sera plus le cas dans 5 ou 10 ans.

La réflexion concernant la pose de rails plafonniers a été menée en groupe de travail à l'EHPAD Jules Parent et il a été décidé de mettre des rails plafonniers dans toutes les chambres, le personnel de l'établissement ayant déjà une bonne maîtrise de ce dispositif car il est déjà installé dans quelques chambres de l'EHPAD actuel. En effet, le personnel soignant et le médecin coordonnateur, se sont prononcés en faveur de ce dispositif dans l'optique de répondre aux besoins des futurs résidents et de construire un EHPAD qui puisse perdurer dans le temps.

Ainsi, il est indispensable de s'attaquer à la prévention des risques professionnels dès le début du projet et de construire un projet le plus détaillé possible afin d'éviter les mauvaises surprises suite à la construction. Un projet de reconstruction est un processus long qui s'étend sur plusieurs années, il est donc indispensable de « prendre une direction et de s'y tenir », comme l'explique le Docteur Ganem, médecin coordonnateur de l'EHPAD Jules Parent.

B) Impliquer les professionnels tout au long du projet de reconstruction : de l'identification des besoins à la réalisation des travaux

C'est très tôt, lors de la programmation que doivent être conduites l'étude des besoins et la définition des scénarios d'implantation avec leurs avantages et inconvénients. Les professionnels et résidents doivent être associés à l'étude des besoins le plus tôt possible. En général, les établissements mettent tous en place des groupes métiers avec les professionnels afin de définir les besoins des professionnels et le programme du futur EHPAD, mais il est rare que les résidents et familles soient aussi mobilisés. Au CHD Stell, la mobilisation et l'implication des résidents et familles a réellement permis au COPIL de prendre des décisions justes en fonction de leurs besoins. De plus, la communication autour du projet et la participation des usagers a permis de les rassurer quant au projet de reconstruction et de leur faire comprendre que le but principal est d'améliorer leur qualité de vie et leur prise en charge.

Ainsi, il est important que les professionnels et usagers soient associés, et ce tout au long du processus. Cela passe par le biais du chef de projet en charge de s'assurer de la prise en compte de leurs besoins mais aussi par leur participation directe tout au long du processus de reconstruction. Ainsi, les usagers et professionnels ont aussi un rôle important lors de la phase de conception. Il est ainsi possible de s'inspirer de la Résidence Cannoise « Les Gabres » qui a installé une chambre prototype avant le début des travaux comprenant le plus d'éléments possible afin que cette chambre soit testée par les professionnels et les usagers. De plus, un faux couloir aux dimensions réelles a été conçu ce qui a permis de juger des croisements possibles entre fauteuils, chariots-douches, chariots de soins...

La directrice de la résidence explique qu' « on ne juge pas d'un bâtiment sur un seul dessin, il faut se confronter aux problématiques d'organisation dans la chambre et disposer d'un espace meublé, aux dimensions réelles, pouvant être testé par le personnel »²⁷. Ainsi, cela permet au personnel d'être impliqué dans une démarche participative et de tester une représentation concrète de son futur lieu de travail.

Selon la directrice, le prototype et les remarques des professionnels ont permis de rectifier le tir sur plusieurs points : agrandissement du cabinet de toilettes, déplacement du lavabo afin de rendre possible l'accompagnement de la personne âgée pendant sa toilette...

3.3.2 Fédérer l'ensemble des professionnels et impliquer les usagers afin de faciliter la conduite du changement

Pour assurer la conduite du changement, cette dernière doit être participative (A) et associer les usagers (B).

A) Mettre en place une conduite du changement participative

La conduite du changement vise à faciliter l'acceptation des changements induits par la mise en œuvre d'un nouveau projet et à réduire les facteurs de rejet. Le changement peut en général être imposé, négocié ou participatif. Le CHD Stell a ainsi tranché pour une conduite du changement participative incluant les professionnels et les usagers. Cette démarche implique aussi une communication régulière sur l'avancée du projet aux différents acteurs.

Le management participatif est une modalité de management qui correspond aux mentalités des professionnels de l'EHPAD Jules Parent, investis dans leur travail et

²⁷ *ibid.*

généralement volontaires lors de la mise en place de groupes de travail. Cette participation s'est manifestée tout au long du processus de reconstruction par leur participation aux entretiens et groupes de travail. De plus, une présentation des avancées du projet était régulièrement réalisée en transmissions par la directrice de l'EHPAD et la cheffe de projet. Ce moment d'échanges était aussi l'occasion pour les professionnels de poser des questions ou d'exprimer leur avis.

La participation à la conduite du changement a aussi été facilitée par la venue de certains professionnels aux visites d'établissement.

Enfin, certains professionnels de santé, comme la cadre de santé et une infirmière ont aussi été invitées à participer aux « Salons Santé autonomie » qui présente de nombreuses innovations en termes d'équipements destinés aux personnes âgées. Nous avons pu observer lors de ce salon du matériel innovant comme des tables et chaises à hauteur réglable, des fauteuils massant, des couverts et du matériel de cuisine ergonomique... Tous ces matériels sont ainsi susceptibles d'être intégrés au futur EHPAD. De plus, le salon présente aussi des espaces d'animation ou des espaces sensoriels (espaces snoezelen) qui stimulent les facultés cognitives et sensorielles des personnes âgées. Comme les visites d'établissement, intégrer les professionnels à ce genre d'événements permet de les impliquer dans le projet de reconstruction et de les aider à ce projeter dans le futur EHPAD facilitant ainsi la conduite du changement.

B) Associer aussi les usagers à la conduite du changement

Concernant les usagers, leur implication a surtout été réalisée par le biais des questionnaires et du dialogue qui s'est instaurée avec les familles et les résidents lors de la réalisation des questionnaires. Ce questionnaire était l'occasion de les rassurer et de leur expliquer le projet de reconstruction et ses objectifs afin qu'ils adhèrent au projet.

Le projet a aussi été présenté aux familles et représentants des usagers en CVS au mois de janvier et les résultats du questionnaire de satisfaction ainsi que les principales orientations stratégiques du projet ont été présenté au cours d'un CVS du mois de juin.

3.3.3 Assurer une politique de communication continue et participative à destination du personnel et des usagers

Pour faciliter la réussite du projet, une politique de communication doit être organisée à destination des professionnels (A) et des personnes âgées dépendantes (B).

A) Assurer une politique de communication sur les avancés du projet à destination du personnel

La communication joue ainsi une part essentielle dans la conduite du changement et il est indispensable que le directeur mette en place une politique de communication continue à destination des professionnels, résidents et familles afin de faciliter leur participation et de s'assurer de leur adhésion au projet.

Les professionnels ont été associés tout au long du projet grâce au groupe de travail mais ils n'ont pas tous pu être représentés. Ainsi, une restitution des résultats du travail mené en groupe a été organisée lors de plusieurs transmissions. Une autre méthode est celle de nommer des rapporteurs dans chaque groupe de travail afin qu'il retransmette à leurs collègues les échanges qui ont eu lieu pendant les groupes mais il n'est pas vraiment facile pour le directeur de contrôler qu'une telle retransmission a vraiment eu lieu.

B) Assurer une politique de communication adaptée aux personnes âgées dépendantes

Communiquer auprès des personnes âgées dépendantes n'est pas forcément un exercice facile et il convient donc d'établir une politique de communication adaptée aux capacités et aux facultés des résidents. Il est donc indispensable de ne pas reprendre les outils de communication déjà élaborés auprès du personnel mais d'adapter ces outils en les simplifiant au maximum pour que les résidents puissent les comprendre.

Si les résultats de l'étude des besoins des usagers en vue du futur EHPAD a été présentée en CVS, cette dernière n'a pas été présentée directement aux usagers. Or, il est clair que le rôle de représentant des usagers est un travail difficile et que la transmission des informations recueillies lors de la réunion est rarement assurée. Ainsi, dans le cadre de ce projet d'envergure, je pense qu'il aurait aussi été intéressant d'aller voir directement les résidents pour leur expliquer les résultats et avancées du projet.

Ainsi, il est possible de présenter aux résidents le projet dans ses grandes lignes via un dessin représentant le futur EHPAD et les principaux aménagements envisagés. À l'EHPAD Jules Parent, l'animatrice organise tous les matins un café où elle présente l'actualité nationale, régionale ou locale mais aussi certains projets de l'établissement. Ce temps d'échanges pourrait être utilisé pour présenter les résultats de l'étude réalisée auprès des usagers sur leurs besoins, et les avancées du projet de reconstruction. Ce temps est aussi idéal pour répondre aux questions et angoisses des usagers. Lors de la conduite des entretiens, de nombreux résidents ont exprimé leur peur de déménager et de devoir changer de chambre. Ainsi, il faudra régulièrement rappeler aux usagers les raisons d'un tel changement de cadre et l'amélioration de l'objectif d'amélioration de la qualité de leur prise en charge du projet.

Conclusion

Le recueil des besoins des usagers et des professionnels dans le cadre du projet de reconstruction a permis de définir les principales orientations du projet et de créer un établissement fonctionnel, innovant et capable de perdurer dans le temps.

Fonctionnel car il répond directement aux attentes des professionnels et des usagers et qu'il crée des espaces favorisant à la fois le travail des professionnels et la qualité de vie des résidents.

Innovant car il émane des propositions des professionnels et qu'il s'inspire d'autres établissements ayant mis en place des dispositifs architecturaux innovants. Capable de perdurer dans le temps car il s'adapte aux pathologies des résidents et organise une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées.

La méthode participative utilisée pour recueillir les besoins des usagers et des résidents a permis de les associer au projet et de faciliter leur implication et la conduite du changement. Cette méthode, bien que perfectible, avait pour mérite de s'inspirer directement des problématiques des professionnels de terrain et des recommandations des usagers. Les outils utilisés pour le recueil des besoins énoncés dans ce mémoire sont des outils parmi d'autres. Ainsi, je pense que les clés de la réussite d'un tel projet résident avant tout dans l'existence d'un chef de projet spécifiquement dédié à cette tâche tout au long du projet avec l'appui du directeur de l'établissement et l'expertise de professionnels de la programmation et de la construction en EHPAD. Surtout, il s'agit pour l'ensemble de ces acteurs de favoriser le dialogue et la prise de parole des usagers et professionnels en étant à la fois des facilitateurs et des régulateurs de leur expression. La dynamique ainsi créée permet de favoriser l'implication et l'investissement des professionnels ainsi que la participation des usagers.

Le recueil des besoins des usagers et des professionnels ne doit pas s'arrêter à cette étape, il doit perdurer tout au long du processus de construction mais aussi une fois que l'EHPAD aura été reconstruit. Ainsi, les professionnels et usagers, en tant que principaux utilisateurs, pourront de nouveau évaluer l'architecture et l'agencement des locaux faisant de l'amélioration des espaces et de la qualité de vie un processus continu.

Bibliographie

Ouvrages :

- ALFÖLDI F., « Savoir évaluer en action sociale et médico-sociale », Dunod, 239P.
- BRAMI G., 2014, « La nouvelle conception des EHPAD : Diversification des services et unicité des pratiques », Les Études Hospitalières, 448p.
- DONNET-DESCARTES E. et DUJARDIN D., 2012, « Évaluer avec les usagers, Presses de l'EHESP, 143p.
- FAUGERAS S., 2007, « L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social », Seli arslan, 268p.

Rapports et dossiers :

- ANESM, juillet 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mise en oeuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L 312-1 du CASF
- ANESM, octobre 2010, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux, et médico-sociaux
- Agence départementale d'aménagement et d'urbanisme du Haut-Rhin, 2012, « Abécédaire pour la construction et la restructuration des EHPAD, Recommandations techniques et architecturales »
- BRASSEUR Grégory, CLERGIOT Joël, VAUDOUX Delphine, avril 2012, Dossier « les compagnons de la dépendance » Revue Travail et Sécurité
- CCM Benchmark institut, octobre 2014, « Les seniors et les nouvelles technologies : usages et opportunités pour la silver économie »
- Espace partagé de santé publique, décembre 2010, « Innover pour un EHPAD du futur : les propositions des professionnels des Alpes Maritimes »
- INRS, février 2012, « Conception et rénovation des EHPAD : Bonnes pratiques de prévention »
- Les Echos, mars 2013, « L'avenir du secteur français des EHPAD : performances financières, stratégies de croissance et perspectives des groupes privés d'EHPAD »
- KPMG, avril 2014, « observatoire des EHPAD »
- SYNERPA et l'Assurance Maladie, 2011, « Prévention des risques professionnels, guide de bonnes pratiques à destination des EHPAD »

Articles de Revues :

- BOYALS S., 2014, « Promouvoir le droit au risque des résidents en EHPAD, une utopie ou une responsabilité ? » Ethica clinica, n°73 (Mai-juin)

Articles Hospimedia :

- CHARLES E., 25 juin 2014 « Comment mettre en place une salle d'activités en EHPAD ? »

- CHARLES E., 28 août 2013, « Comment concevoir et aménager un coin toilettes en EHPAD ? »

- MORET A., 8 octobre 2014, « Comment penser la circulation au sein de son EHPAD ? »

- MORET A., 31 octobre 2014, « Un EHPAD du Nord ouvre ses portes aux personnes âgées déficientes visuelles »

- PETIT-BOURG T., 24 juillet 2013, « Comment aménager une unité alzheimer au sein de son EHPAD ? »

- WATREMETZ L., 21 novembre 2014, « Le conseil général veut recréer un village pour accueillir 150 malades d'Alzheimer »

- WATREMETZ L., 30 septembre 2014, « De 67 à 106 ans, les locataires vivent comme à la maison au sein de la Marpa de Martizay »

- WATREMETZ L., 23 avril 2014, « L'EHPAD les Cordeliers du Donjon va équiper sa future unité Alzheimer d'un sol intelligent »

- WATREMETZ L., 27 janvier 2014, « L'EHPAD de Chambon-sur-Voueize expérimente des téléconsultations en psycho-gériatrie »

Textes de loi et textes réglementaires :

- loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353

- 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 no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JORF n°98 du 27 avril 1999 page 6256

- Arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public, JORF n°0002 du 3 janvier 2015 page 137

Mémoires :

-SPINARD L., décembre 2008, « Du projet de vie au projet architectural, La reconstruction d'un EHPAD au Centre Hospitalier de La Mure »

-COLAS P., décembre 2008, « le projet de vie, première pierre dans la construction du projet architectural »

Webographie :

-www.silvereco.fr :

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Résultats des questionnaires à destination des résidents.....	II
ANNEXE 2 : Résultats des questionnaires à destination des familles.....	V
ANNEXE 3 : Document à destination du personnel pour la boîte à idées et résultats.....	IX
ANNEXE 4 : Trame d'entretiens pour les entretiens avec la directrice Mme BECAM, la cadre de santé et le médecin coordonnateur.....	X

ANNEXE 1 : Résultats des questionnaires à destination des résidents

26 résidents ont répondu à l'enquête de satisfaction qui leur était destinée à tous les résidents de l'EHPAD Jules Parent sur un total de 78 résidents. Tous les résidents ont répondu au questionnaire avec l'aide de l'animatrice ou d'un autre membre du personnel excepté 2 résidents, qui ont répondu seuls au questionnaire.

7.1 Selon vous, les espaces collectifs sont-ils assez nombreux ? (salon, restaurant, salles d'animation...)

OUI : 69% NON : 19% NSPP : 12%

Pour 69% des résidents interrogés (18 répondants), les espaces collectifs de l'EHPAD sont suffisamment nombreux.

-Si non, quels espaces sont manquants selon vous ? (question ouverte)

-Les espaces ne sont pas assez nombreux et surtout pas assez grands, il est difficile de circuler avec les fauteuils roulants.

-Les espaces sont assez nombreux mais ils sont trop étroits.

-Le salon est très encombré et la taille de l'ascenseur est juste.

-Un petit salon en plus serait nécessaire.

-On ne peut pas s'isoler, difficultés de se déplacer dans le salon avec les fauteuils roulants.

7.2 L'équipement des salles communes vous semble-t-il satisfaisant ? (télévision, radio, fauteuils, tables...)

OUI : 81% NON : 11% NSPP : 8%

Pour 81% des résidents interrogés (21 répondants), l'équipement des salles communes de l'EHPAD est suffisant.

7.3 Disposez-vous de suffisamment d'espace pour circuler et vous promener : -au sein de l'établissement ?

OUI : 81% NON : 15% NSPP : 4%

81% des résidents interrogés (21 répondants) ont suffisamment d'espace pour circuler et se promener dans l'établissement.

-Dans le jardin extérieur ?

OUI : 62% NON : 11% NSPP : 27%

62% des résidents interrogés (16 répondants) pensent que l'espace pour se promener est suffisant dans le jardin extérieur.

7.4 Êtes-vous satisfaits du jardin de l'EHPAD ?

Très satisfait : 15% Satisfait : 42% Peu satisfait : 4% Pas du tout satisfait : 4% Non Concerné : 35%

57% des résidents interrogés (15 répondants) sont très satisfaits ou satisfaits du jardin de l'EHPAD.

7.5 Les couloirs sont-ils assez larges pour circuler ?

OUI : 69% NON : 19% NSPP : 12%

69% des résidents interrogés (18 répondants) pensent que les couloirs sont assez larges pour circuler mais 19% des répondants (5 personnes) pensent que les couloirs de l'EHPAD ne sont pas assez larges.

7.6 Avez-vous des difficultés pour vous orienter dans l'établissement ? (pour trouver votre chambre, les espaces collectifs, difficultés pour prendre l'ascenseur...)

Très souvent : 4% Régulièrement : 4% Rarement : 84% NSPP : 8%

84% des résidents interrogés (22 répondants sur 26) considèrent qu'ils ont rarement voire jamais de difficultés pour s'orienter dans l'établissement.

7.7 Votre chambre vous satisfait-elle ?

Très satisfait : 33% Satisfait : 63% Peu satisfait : 4%
96% des répondants (25 résidents) sont globalement satisfaits de leur chambre.

Est-elle :

-assez spacieuse :

Très satisfait : 23% Satisfait : 54% Pas du tout satisfait : 19% Peu satisfait : 4%

Pour 77% des résidents interrogés (20 répondants) , la chambre est suffisamment spacieuse mais pour 23% (6 personnes) l'espace n'est pas suffisant.

-assez lumineuse :

Très satisfait : 54% Satisfait : 42% Non concerné : 4%

96% des résidents interrogés (25 répondants) trouvent que leur chambre est suffisamment lumineuse.

-assez confortable :

Très satisfait : 27% Satisfait : 62% Peu satisfait : 11%

89% des répondants (23 résidents) pensent que leur chambre est assez confortable et 11% (3 résidents) estiment que ce n'est pas le cas.

Que vous manque-t-il dans votre chambre ? (question ouverte)

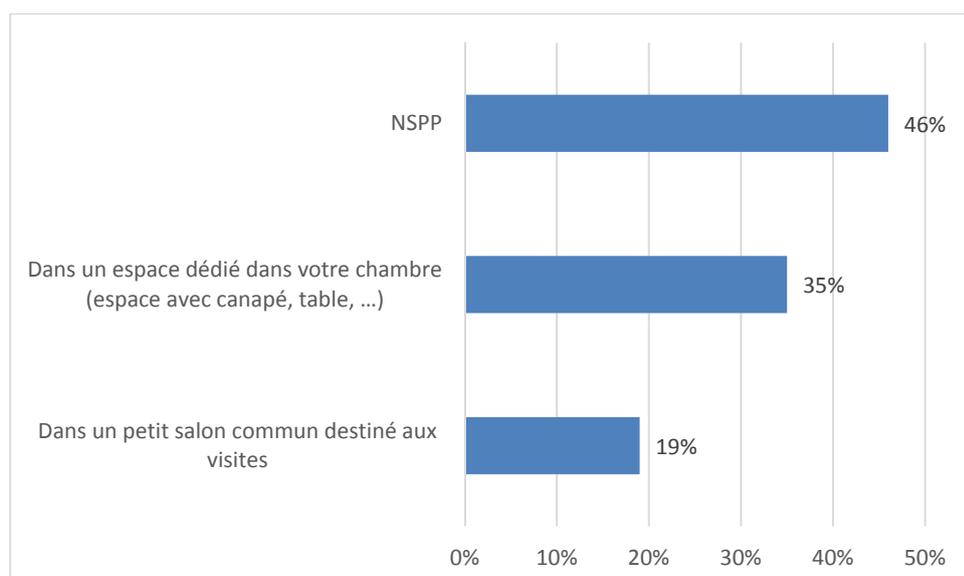
- Un lit confortable car les lits sont en ferraille et font mal aux côtes
- De la place et des étagères pour ranger les affaires
- Une lampe de chevet (car il n'y a qu'une lampe centrale)
- Ce que j'apprécie beaucoup dans la chambre est la grande fenêtre qui permet de voir la rue et la circulation et qui donne de la lumière

7.8 Au quotidien, êtes-vous régulièrement dérangé par les autres résidents (bruit, résidents qui entrent dans votre chambre, propos agressifs...) ?

Régulièrement : 12% De temps en temps : 19% Rarement : 65% NSPP : 4%

65% des résidents interrogés (17 résidents) se disent rarement dérangés par les autres résidents de l'EHPAD mais 31% (8 résidents) estiment qu'ils sont dérangés de temps en temps ou régulièrement par les autres résidents (bruit, incursion dans la chambre, propos désobligeants...).

7.9 Préférez-vous recevoir votre famille ou vos proches :



46% des résidents interrogés (12 personnes) ne se prononcent pas sur cette question, en général car ils ne reçoivent pas de visites de proches ou de la famille.

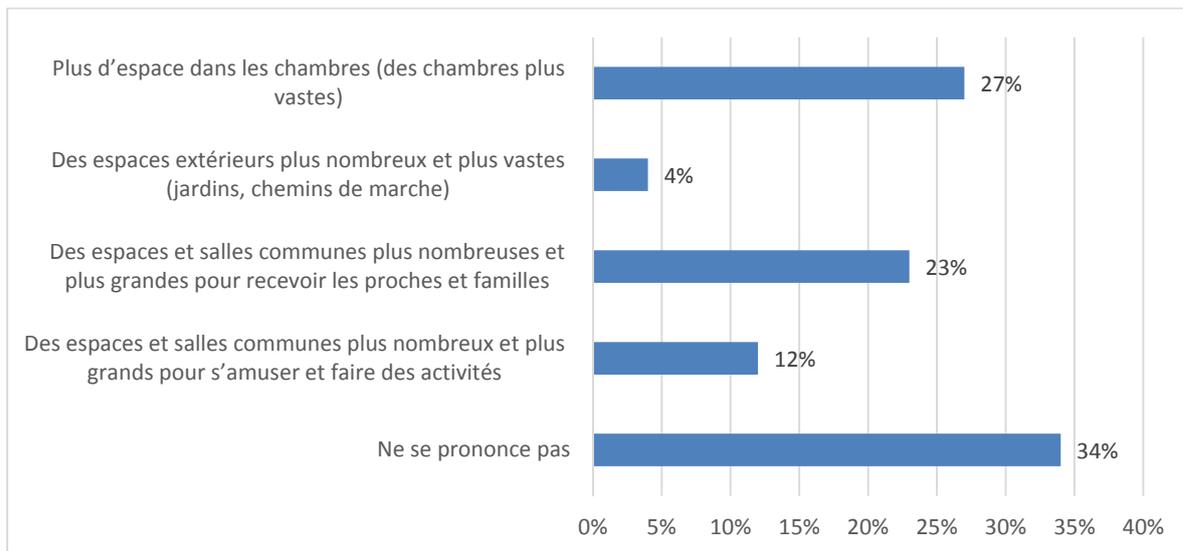
35% des résidents interrogés (5 répondants) préféreraient recevoir leur famille au sein d'un espace dédié dans la chambre mais ils sont 19% (9 répondants) à préférer recevoir leurs proches dans des petits salons dédiés.

7.10 Si l'établissement mettait en place des postes informatiques avec internet à votre disposition, pensez-vous utiliser ce poste ?

De temps en temps : 19% Rarement : 81%

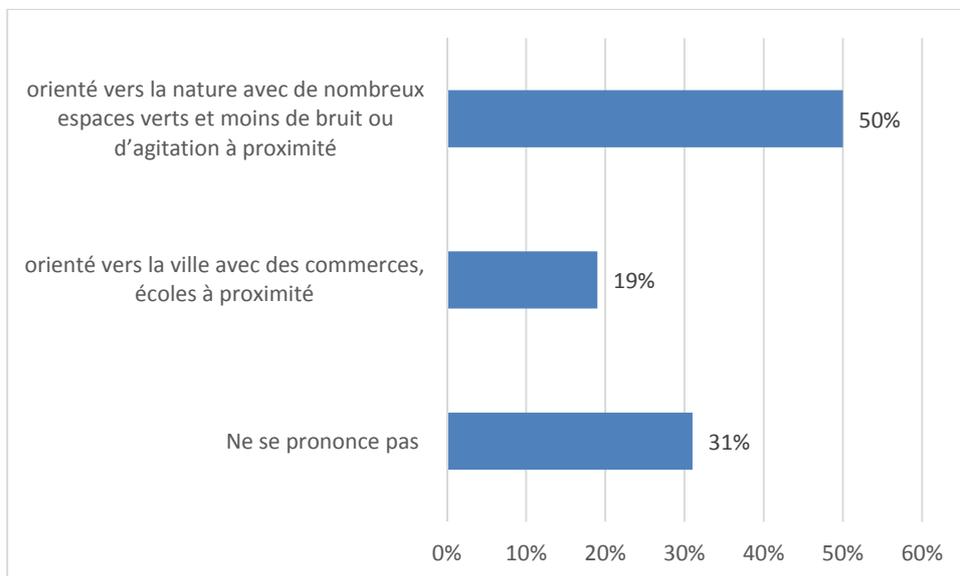
5 répondants (19%) estiment qu'ils pourraient utiliser les postes informatiques de temps en temps s'ils étaient mis à leur disposition et que l'animatrice ait pris le temps de leur expliquer l'utilisation.

7.11 Quels aménagements voudriez-vous qu'on fasse en priorité ? (1 seul choix)



Pour les résidents, la priorité réside avant tout dans la construction de chambres un peu plus grandes et dans la construction de davantage d'espaces pour recevoir les familles.

7.12 Votre futur EHPAD, vous l'imaginez :



50% des résidents interrogés (13 résidents) imaginent le futur EHPAD orienté vers la nature plutôt que vers la ville.

7.13 Avez-vous des suggestions ou remarques concernant la configuration du nouvel EHPAD ? Comment imaginez-vous votre futur EHPAD ? :

- J'aimerais une chambre plus grande avec un cabinet de toilettes adapté aux personnes âgées.

ANNEXE 2 : Résultats des questionnaires à destination des Familles

11 personnes ont répondu à l'enquête de satisfaction destinée aux proches et familles des résidents de l'EHPAD JULES PARENT sur un total de 78 résidents. Toutes les personnes qui ont répondu font partie de la famille du résident, l'une d'entre elle étant aussi le tuteur légal du résident.

7.1 Selon vous, les locaux sont-ils accessibles facilement ?

OUI : 82% NON : 18%

Pour 82% des familles de résidents interrogées (9 répondants), les locaux sont accessibles facilement.

7.2 Selon vous, les espaces collectifs destinés aux résidents sont-ils assez nombreux ? (salon, restaurant, salles d'animation...)

NON : 73% OUI : 27%

Pour 73% des familles de résidents interrogées (8 répondants), les espaces collectifs destinés aux résidents ne sont pas assez nombreux.

Si non, quels espaces sont manquants selon vous ?

- Un salon spécialement dédié aux familles ;
- Des espaces ou salons pour les familles notamment pour davantage de convivialité voire des espaces pour héberger la famille ;
- Une entrée un peu plus grande et plus confortable qui soit plus accueillante ;
- Des salons, salles d'animation et restaurant ;
- Des espaces dédiés, comme des espaces pour faire de la musique, espaces destinés au lieu de culte... Les salles pourraient se cloisonner ou décloisonner si besoin.
- Des salles dédiées à des activités spécifiques plutôt qu'une seule, commune à tous.
- Un salon pour que les résidents puissent recevoir des visiteurs

7.3 L'équipement des salles communes vous semble-t-il satisfaisant ? (télévision, radio, fauteuils, tables...)

OUI : 55% NON : 45%

Selon 55% des répondants (6 personnes), l'équipement des salles communes n'est pas satisfaisant.

Si non, que manque-t-il selon vous ?

- des espaces modulables dans la salle commune séparés par des cloisons ou claustras par exemple qui permettraient d'améliorer la convivialité de plusieurs groupes de résidents ;
- Mauvaise distribution des pièces ;
- Les espaces collectifs ne sont pas alloués aux différentes animations. Manque d'intimité pour voir la tv par exemple. Tel que cela existe actuellement, c'est plutôt un grand hall très bruyant ;
- Un espace repos dans la salle d'activités car même si les résidents dorment des fauteuils plus adaptés à ces moments de « rêves » seraient agréables. Ils aiment la compagnie mais plongent dans le sommeil à un moment ;
- L'équipement n'est pas adapté aux handicaps (visuel, physique, sonore...) (tables à hauteur variable avec pied central par exemple).

7.4 Les couloirs sont-ils assez larges pour circuler ?

OUI : 73% NON 18% NSPP : 9%

Selon 73% des familles des résidents interrogées (8 personnes) les couloirs sont assez larges pour circuler.

7.5 Votre proche a-t-il des difficultés pour s'orienter et circuler dans l'établissement ?

Régulièrement : 27% De manière occasionnelle : 27% Rarement ou jamais : 46%

73% des familles (8 personnes) pensent que leur proche n'a des difficultés pour s'orienter dans l'établissement que de manière occasionnelle ou très rarement.

7.6 La chambre vous satisfait-elle ?

Très satisfait : 18% Satisfait : 46% Peu satisfait : 36%

64% des familles répondantes (7 personnes) sont satisfaites ou très satisfaites de la chambre de leur proche.

Est-elle :

-assez spacieuse :

Très satisfait : 9% Satisfait : 55% Peu satisfait : 18% Pas du tout satisfait : 18%

64% des familles (7 répondants) jugent que la chambre de leur proche est assez spacieuse.

-assez lumineuse :

Très satisfait : 45% Satisfait : 55%

100% des familles interrogées sont très satisfaites ou satisfaites de la luminosité dans les chambres.

-assez confortable :

Très satisfait : 18% Satisfait : 46% Peu satisfait : 36%

64 % des familles (7 répondants) sont très satisfaits ou satisfaits du confort dans la chambre.

7.7 Selon vous, que manque-t-il dans les chambres ? (question ouverte)

- plus d'espace ;
- Des chaises pour s'asseoir ;
- Tout ce qui peut améliorer le confort ;
- Des chambres un peu plus grandes ;
- Une douche, plus d'espace pour permettre une meilleure disposition du mobilier, pouvoir installer le téléphone en fonction du handicap du résident ;
- De l'espace et il faut enlever la marche pour accéder au balcon + possibilité d'installer un petit réfrigérateur dans les chambres ;
- Des salles de bain avec une douche et quelques mètres carrés de plus.

7.8 Pensez-vous que votre proche soit régulièrement dérangé par les autres résidents ? (bruit, visites inopportunes dans les chambres, agressions verbales...) ?

De manière occasionnelle : 64% Rarement ou jamais : 36%

36% (4 répondants) des familles interrogées estiment que leur proche est rarement dérangé par les autres résidents et 64% (7 répondants) estiment qu'ils sont dérangés par les autres résidents seulement de manière occasionnelle.

7.8 bis. Si oui, quels dispositifs selon vous pourraient permettre que votre proche soit moins dérangé ?

- Davantage de personnel par résident car ils sont trop livrés à eux même.
- Il serait souhaitable de pouvoir fermer les chambres à clé lorsque le résident s'absente afin d'éviter les visites inopportunes. Ces consignes ne semblent plus être respectées à ce jour...
- Une meilleure insonorisation.

7.9 Si vous pouviez choisir la configuration de l'établissement, préféreriez-vous que les chambres soient intégrées :

Dans de petites Unités de 10 à 15 lits : 55%

Comme actuellement, dans les étages avec une vingtaine de lits : 36%

NSPP : 9%

55% des familles interrogées (6 répondants) aimeraient que les chambres des résidents soient intégrées dans de petites unités de 10 à 15 lits tandis que 36% d'entre elles (4 répondants) estiment que la configuration actuelle convient.

7.10 Quel est votre avis sur la qualité des espaces extérieurs ?

Très satisfait : 9% Satisfait : 73% Peu satisfait : 18%

81% des familles interrogées (9 répondants) sont très satisfaits ou satisfaits de la qualité des espaces extérieurs.

7.11 Si un espace privé pour déjeuner avec votre proche à l'écart des autres résidents est mis en place, pensez-vous l'utiliser ?

Régulièrement : 9% De manière occasionnelle : 82% Rarement ou jamais : 9%

82 % des familles de résidents (9 répondants) estiment que si un espace privé leur permettait de déjeuner à part avec leur proche, ils viendraient de manière occasionnelle déjeuner avec leur proche dans cet espace. 1 famille estime qu'elle utiliserait cet espace régulièrement.

7.12 Si une chambre individuelle ou un studio est créé à destination des familles pour que vous puissiez rester près de votre proche pendant une soirée ou quelques jours lorsque vous le désirez, pensez-vous utiliser cette chambre/ ce studio ?

De manière occasionnelle : 27% Rarement ou jamais : 73%

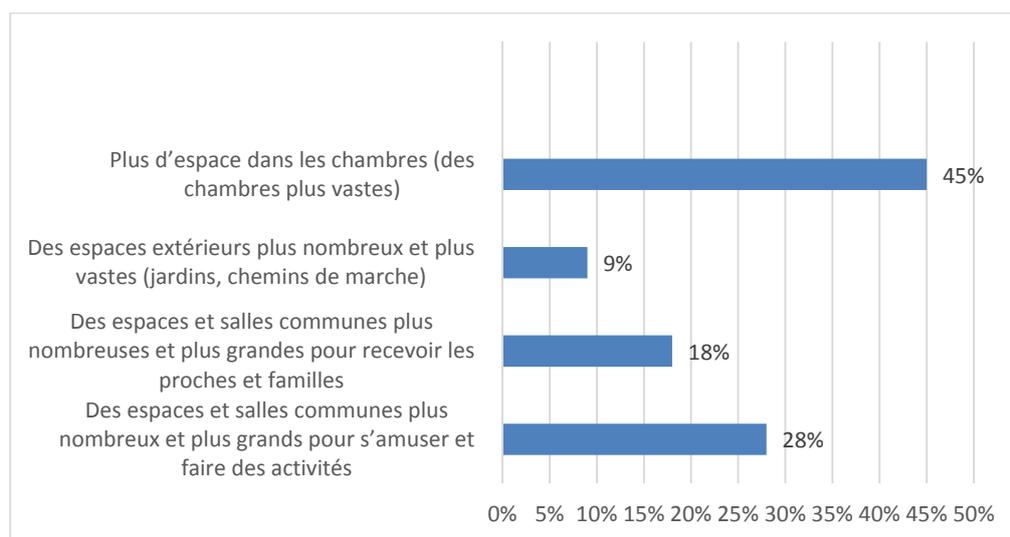
Seulement 27 % des répondants (3 familles) estiment que si une chambre individuelle ou un studio était mis à disposition des familles, ils l'utiliseraient de manière occasionnelle.

7.13 Si un ordinateur avec internet était à la disposition de votre proche, pensez-vous qu'il l'utiliserait souvent, notamment pour communiquer : mails, skype... (avec l'aide du personnel si nécessaire) ?

De manière occasionnelle : 45% Rarement ou jamais : 55%

Pour 55% des familles interrogées (6 d'entre elles), la mise à disposition de postes internet n'aurait pas d'intérêt pour leur proche qui ne les utiliseraient que rarement voire jamais. 45% (5 familles) des familles pensent néanmoins que leur proche pourrait utiliser l'ordinateur de manière occasionnelle.

7.14 Quels aménagements voudriez-vous qu'on fasse en priorité ? (1 seul choix)

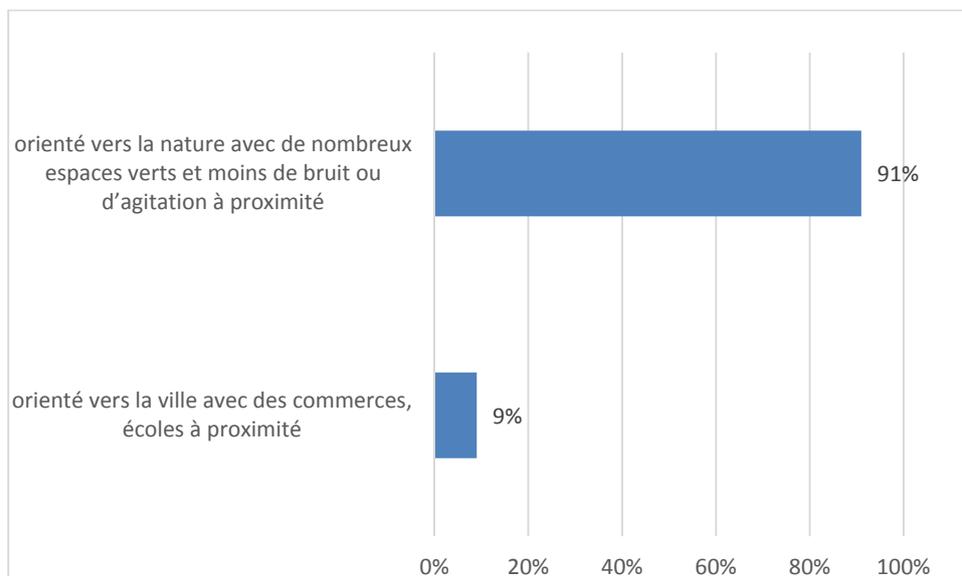


45% des familles (5 répondants) estiment que la priorité dans les aménagements relatifs à la reconstruction est de créer des chambres plus grandes. 28% (3 répondants) estiment que la priorité est de créer davantage d'espaces et de salles d'activités collectives, 18% (2 familles) pensent qu'il faut avant tout créer des salles ou salons pour que familles et résidents puissent se retrouver.

7.15 Pensez-vous à d'autres espaces qu'il faudrait créer pour passer du temps avec votre proche ? (question ouverte) :

- Petits salons compartimentés, canapés ;
- Des espaces extérieurs plus nombreux et plus vastes (jardins, chemins de marche), dans la mesure du possible ;
- Des espaces extérieurs plus nombreux et plus vastes et un chemin de marche le petit chemin parallèle à la route est difficile et pas assez large ;
- Aménagements de petits espaces en dehors de la chambre du résident pour recevoir les familles ou proches ...
- Un salon au rez-de-chaussée pour être en famille, sans être dans la chambre, lieu de repos

7.16 Le futur EHPAD, vous l'imaginez :



91% des familles interrogées (10 répondants) imaginent un EHPAD orienté davantage vers la nature plutôt que vers la ville.

Avez-vous des suggestions ou remarques concernant la configuration du nouvel EHPAD ? Comment imaginez-vous votre futur EHPAD ? :

- Des chambres plus spacieuses et des possibilités de visites plus intimes ;
- Un espace vert avec bancs et chemin de marche un peu plus grand que l'actuel ;
- un parking plus grand pour les visiteurs ;
- Serait bien que le futur établissement communique avec une crèche ;
- Les choses à améliorer sont surtout relative à l'organisation du travail ;
- Un EHPAD plus spacieux ;
- Chambres avec douche et plus grandes ;
- Des zones de circulation plus larges et des ascenseurs plus larges ;
- Des jeux vidéo pour les personnes âgées ;
- Une zone de parking plus grande pour que les familles puissent aussi stationner.
- Un hall d'accueil plus vaste
- Un salon avec des fauteuils pour que les résidents reçoivent la famille et les amis
- Un cabinet de toilettes adapté aux personnes âgées et aux personnes handicapées
- Des éclairages au dessus du lit et d'autres éclairages dans la chambres en plus du plafonnier

ANNEXE 3 : Document à destination du personnel pour la boîte à idée et résultats

Projet de travaux à l'EHPAD Jules Parent

Fonction : AS

IDE

ASH

Autre :

Ce qui ne me convient pas dans les locaux actuellement et qui me gêne dans mon travail :

AS : -Il n'y a quasiment pas de fauteuils confortables pour le personnel

-meilleur agencement des meubles dans les chambres

AS : -chambres trop exigües, on ne peut pas manipuler le patient

AS : -chambres trop étroites

-pas de douche dans la chambre

-couleurs des locaux qui ne convient pas, mobilier mal agencé

-emplacement des wc au rez-de-chaussée (très étroits et irrespirable)

AS : -chambres trop petites

-pas de douche dans la chambre

Les changements dans l'architecture et l'équipement que j'aimerais :

Architecture (couloirs plus larges, espaces de stockage...) :

AS : -Meilleure luminosité dans l'établissement

-Accès difficile en salle à manger pour les fauteuils, l'installation aux tables

-éclairage inadéquat (couleur)

-salle de bains inexistantes

-salle des WC trop étroite

-revoir les barres d'appui dans les toilettes des chambres

-on ne peut pas respirer dans les vestiaires, pas d'aération

-difficulté de travailler sur 3 étages

-ascenseurs trop étroits pour les fauteuils roulants

- davantage de pièces et espaces de stockage

-des petits balcons pour les résidents

- des chambres plus grandes

-des unités fermées pour les personnes alzheimer

-des douches dans toutes les chambres

Equipement (matériel de soins, mobilier...) :

AS : -chariots de soins à revoir

-urinoirs pour le patient de meilleure qualité

-plus de tabourets pour l'aide au repas

- nécessité de davantage de pèse personne

-les 2/3 des lèves malades ne fonctionnent pas

-les chariots de soins sont inadéquats, non ergonomiques

-les lève personnes ne sont pas adaptés aux chambres, car ils sont trop grands

-plus de pèse personne

-chariots de soins non ergonomiques

-Il faut davantage de pèse personne, chariots à linge et de lève personne

-davantage de rails

**ANNEXE 4 : Trame d'entretiens pour les entretiens avec la directrice Mme BECAM,
la cadre de santé et le médecin coordonnateur**

Trame d'entretien avec le Médecin coordonnateur et la cadre de santé, entretiens du 6 février 2015:

- Quels sont les inconvénients actuels des locaux ?
- La création d'une UHR vous semble donc être une bonne solution ? En avez-vous déjà visité ?
- Selon vous, faut-il adapter l'espace à de nouveaux types de déficiences ? Auditives ? Visuelles ? Moteurs ? Est-ce une priorité pour le futur EHPAD ?
- Comment imaginez-vous l'architecture du futur EHPAD ? De plus en plus d'EHPAD s'organisent en petites unités, en « maisonnées », qu'en pensez-vous ?
- Concernant l'orientation du futur EHPAD, vous savez qu'on hésite aujourd'hui entre deux emplacements, un en front d'hôpital, orienté sur la ville et un autre à l'arrière de l'hôpital. Pensez-vous qu'il faille un EHPAD orienté vers la ville ou un EHPAD orienté vers la « nature » ?
- Cette stimulation avec leur environnement extérieur, dans le cadre d'un EHPAD orienté vers la ville, a-t-elle plus de chance de les faire évoluer ou au contraire de les perturber selon vous ? »
- Dans un second temps, pouvez-vous m'indiquer ce que vous vous désirez en tant que professionnel en termes d'architecture et d'espaces ?

Trame d'entretien avec la Directrice de l'établissement, Mme BECAM, entretien du 23 décembre 2014:

- Quels sont selon vous les inconvénients actuels des locaux ?
- Quels sont selon vous les atouts de cet EHPAD concernant son architecture et l'agencement des locaux ?
- Les locaux vous semblent ils adaptés à la prise en charge des résidents ?
- Les chambres sont elles adaptées à la prise en charge ?
- La sécurité au sein de l'établissement vous semble-t-elle suffisante ?

CHARTRES

Claire

Décembre 2015

**Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
2014-2015**

**Le recueil des besoins des professionnels et des
usagers dans le cadre du projet de reconstruction de
l'EHPAD Jules Parent**

Résumé :

Ce mémoire a pour objectif d'orienter les directeurs d'établissement médico-sociaux qui souhaitent reconstruire un EHPAD et prévoient de mettre en place une phase d'étude des besoins des usagers et des professionnels.

Si l'étude des besoins des professionnels dans le cadre d'un projet de reconstruction est quasi systématique de nos jours, celle des besoins des usagers est moins répandue, alors que ce sont pourtant les principaux utilisateurs. Ainsi, afin de créer un établissement fonctionnel, innovant et ayant vocation à perdurer, il est intéressant d'interroger à la fois les professionnels et les usagers. La méthode utilisée et présentée dans ce mémoire est une méthode participative visant à faire émerger les besoins des usagers et des professionnels grâce à leur investissement dans des groupes de travail, leur participation à des entretiens et leurs réponses à des questionnaires. Les outils utilisés pour le recueil des besoins énoncés dans ce mémoire sont des outils parmi d'autres. Il apparaît en effet que les clés de la réussite d'un tel projet résident avant tout dans l'existence d'un chef de projet spécifiquement dédié à cette tâche tout au long du projet avec l'appui du directeur de l'établissement et l'expertise de professionnels de la programmation et de la construction en EHPAD. Surtout, il s'agit pour l'ensemble de ces acteurs de favoriser le dialogue et la prise de parole des usagers et professionnels en étant à la fois des facilitateurs et des régulateurs de leur expression. La dynamique ainsi créée permet de favoriser l'implication et l'investissement des professionnels ainsi que la participation des usagers.

Mots clés :

EHPAD- Projet de reconstruction- besoins- personnes âgées dépendantes- professionnels de santé - participation- méthode d'enquête- entretiens- questionnaire- groupes de travail-

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.