



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**UNE STRUCTURE INADAPTÉE,
QUELLES PROCÉDURES POUR LE CHANGEMENT ?**

L'EXPÉRIENCE DE LA RÉSIDENCE DE LANVAUX

Elise GAMBIER

Remerciements

A Monsieur DUPONT, Directeur de la Résidence de Lanvaux, qui m'a laissé une grande liberté d'action à l'occasion des conduites de projets avec la force de son soutien,

A Madame REGENT, Responsable qualité et femme de terrain, qui a su me guider par sa spontanéité, son expérience dans l'abord des relations humaines. Forte de dynamisme, d'enthousiasme et d'humanité, elle est un atout stratégique pour l'établissement.

A toutes les personnes qui m'ont enseignée leur expérience, leur conception du travail. Je pense au personnel de la résidence de Lanvaux, celui de maisons de retraite extérieures, de la mairie de GRAND CHAMP, de la perception et l'assistant maîtrise d'ouvrage.

A Monsieur LHUILLIER, mon tuteur de mémoire, qui a su valoriser mon travail, le recadrer lorsque c'était nécessaire et me guider dans les moments de doute.

Enfin et surtout, aux résidents, déroutants parfois, souvent attachants, et justifiant au quotidien la raison de faire ce métier.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE DIAGNOSTIC EXTERNE ET INTERNE.....	3
1.1 Cibler l'environnement pour comprendre les personnes accueillies.....	3
1.1.1 Analyse de la situation socio-économique et des perspectives du bassin d'attraction	3
A) Quel est le bassin d'attraction ?.....	4
B) Les évolutions démographiques du bassin d'attraction.....	4
C) Les évolutions sanitaires du bassin	6
D) L'intégration du vieillissement dans la réflexion économique	7
E) La prise en compte du vieillissement dans la réflexion sociale	8
F) La stratégie politique du bassin.....	9
1.1.2 Présentation des différents secteurs d'activité analogues ou complémentaires à la résidence de Lanvaux	9
A) Les partenaires travaillant avec la maison de retraite	9
B) Les services analogues à ceux proposés par la résidence de Lanvaux.....	10
C) Les professions de santé et les services spécifiques	11
1.1.3 Evaluation des besoins des professionnels et des personnes âgées	13
1.2 Présentation de la résidence de Lanvaux.....	14
1.2.1 Une philosophie interne constituant un référentiel de pratique.....	14
1.2.2 Les personnes accueillies à la Résidence de Lanvaux	16
A) Une dépendance accrue qui exige l'offre de nouveaux services.....	16
B) La proximité du milieu d'origine.....	17
1.2.3 L'encadrement humain	18
1.2.4 Les services proposés	20
1.3 Le constat d'une construction obsolète	21
1.3.1 Historique de la structure.....	21
1.3.2 Diagnostic de la structure	22
A) La configuration des lieux, véritable handicap pour une bonne fonctionnalité	23
B) Des surfaces restreintes qui rendent étouffantes la vie en collectivité	24
C) Des locaux vétustes à la limite du respect de la personne accueillie	25

1.4	Agir sur l'environnement architectural: une obligation récente garante d'une prestation de qualité	26
1.4.1	Adapter les structures aux besoins : une obligation récente	26
1.4.2	L'architecture au service de tous	27
1.4.3	Le lieu de vie, reflet de l'image de ses habitants	28
2	ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT PAR UNE NOUVELLE ORGANISATION	30
2.1	Le projet d'établissement : principes fondamentaux pour envisager une nouvelle conception architecturale	30
2.1.1	Une initiative délicate mais constructive.....	30
2.1.2	Une projection d'organisation pour une réponse architecturale optimale	31
A)	Les principes fondateurs d'une meilleure prise en compte du résident.....	31
B)	L'organisation retenue : le concept de sectorisation	32
C)	La dimension architecturale qui découle du projet de vie	32
2.2	Entrer dans une démarche qualité : un levier pour le changement	39
2.2.1	La démarche employée	39
A)	De l'autoévaluation à la réflexion de mise en œuvre en groupes de travail	39
B)	Les points forts de la démarche.....	41
2.2.2	La mise en place du petit déjeuner en chambre : Exemple d'une action motrice pour le changement transposable à une organisation en petites unités	43
A)	Le cadrage du projet.....	43
B)	La conduite du projet	45
C)	L'évaluation de la mise en œuvre et de l'adhésion des acteurs à la démarche	45
3	GENESE D'UNE REPONSE ARCHITECTURALE	48
3.1	Reconstruire ou réhabiliter ?	48
3.1.1	Le statut de locataire : un statut contraignant	48
3.1.2	Une autonomie possible en 2006.....	49
3.1.3	Les contraintes d'une restructuration	50
3.1.4	Envisager l'avenir de la structure existante.....	51
3.2	Les contraintes politiques et géographiques	51
3.3	Estimer la faisabilité du projet, étape indispensable pour prendre la décision de le lancer	53
3.3.1	Les étapes d'un projet de construction.....	53
A)	La responsabilité du maître d'ouvrage	53

B)	Les études préliminaires	53
C)	La démarche de programmation.....	54
D)	Les missions du maître d'œuvre.....	55
3.3.2	L'étude de faisabilité pour décider.....	57
A)	Le choix d'un assistant à maîtrise d'ouvrage	57
B)	Localisation et caractéristiques de l'emprise foncière considérée.....	58
C)	La traduction du projet d'établissement	59
D)	L'incidence financière de la section d'exploitation sur le prix de journée.....	66
E)	Section d'investissement et prix de journée.....	69

CONCLUSION	74
-------------------------	-----------

Liste des sigles utilisés

AMO: Assistant du maître d'ouvrage

AMP : Agent Médico Psychologique

APHP : Assistance publique des Hôpitaux de Paris

AS : Aide-Soignant

ASH : Agents de Service Hospitalier

BSH : Bretagne Sud Habitat

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée
Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

EHPAD : Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe iso-ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MAPA: Maison d'Accueil pour Personnes Agées

SEPIA : Secteur Expérimental pour une Programmation Innovante de l'hAbitat
des personnes âgées

SDO : Surface Dans Œuvre

TDC : Toutes dépenses confondues

INTRODUCTION

Au cours de ma formation de Directeur d'établissement Sanitaire et Social, j'ai eu la possibilité d'effectuer une recherche débouchant sur une action concrète me permettant de bout en bout d'observer, d'analyser puis de mettre en place un projet. Un stage long à la résidence de Lanvaux, maison de retraite à GRAND-CHAMP dans le Morbihan accueillant 123 résidents, m'a conduite à développer toute une réflexion sur cet établissement.

Depuis un an, une réflexion est menée sur la structure qui n'est pas adaptée à la prise en charge de personnes évoluant vers la dépendance. Le personnel en place a pris conscience des problèmes que les bâtiments posent pour accueillir cette population : l'organisation du travail et la mise en œuvre de projets sont régulièrement confrontés à une structure vieillissante qui ne permet plus d'offrir un lieu de vie de qualité et des soins optimaux.

A mon arrivée rien de concret n'avait pu voir le jour. Cependant, la certitude d'un besoin de changement se ressentait et se traduisait surtout par une demande au niveau du bâti. Une certaine usure professionnelle était prégnante.

A cela, il est important de souligner que l'accroissement des exigences réglementaires pour un service de qualité et de celles des usagers, nécessitent qu'une maison de retraite propose un lieu de vie chaleureux, adapté à sa vocation d'accueil de toute personne âgée fragilisée. Cette conception de la prise en charge des personnes âgées en établissement implique d'approfondir la réflexion menée à la résidence de Lanvaux sur cette question et la justifie. Le Directeur a souhaité que je prenne en main ce travail et, rapidement, je me suis confrontée à un certain nombre de questions : Quelles sont les contraintes imposées aux résidents par le bâtiment pour vivre pleinement leur séjour (qualité des prestations, respect de leurs droits, respect de leur intimité, valorisation de leur rôle social...) ? Quelles sont les difficultés afférentes à la structure rencontrées par le personnel dans le cadre de leur travail ?

Si l'environnement architectural est aisément associé au fonctionnement d'une institution par l'agencement, la configuration ou la taille des bâtiments, il est tout aussi influant sur le bien être des résidents, leur prise en compte et le regard porté par les personnes extérieures.

Ce constat ouvre également la réflexion sur le processus de changement qu'une situation telle que celle-ci nécessite. S'il fait naître la prise de conscience du besoin de changer, c'est la réflexion qui pose les principes d'une nouvelle organisation sur laquelle se base un éventuel projet architectural. Cette phase accompagne le projet tout au long de sa conception. Elle nécessite d'être solide pour garantir la parfaite adéquation du bâti à envisager au projet d'établissement. La conduite de changement est aussi un processus qui s'établit dans la durée par une modification des cultures et des attitudes. La démarche

qualité peut être un levier intéressant pour guider les équipes vers une meilleure prise en compte du résident et une nouvelle conception de leur travail en vue d'un environnement différent.

Que les équipes se projettent dans une nouvelle organisation et qu'elles adhèrent au processus de changement enclenché par l'entrée dans une démarche qualité sont des objectifs que je me suis fixés pour envisager une réponse architecturale adaptée. L'étude des contraintes afférentes à la structure et à l'environnement déterminera s'il faut reconstruire le bâtiment ou le réhabiliter. A partir de l'option choisie, la construction du projet organisationnel de façon pluridisciplinaire déterminera les principes fondateurs de l'établissement souhaité. C'est alors que la faisabilité de ce projet peut être étudiée de façon à prendre ou non la décision de lancement d'un projet architectural.

L'hypothèse de mon travail, qui se veut avant tout pragmatique, est la suivante :

L'obsolescence d'une construction ne peut indéfiniment freiner l'évolution des projets d'une maison de retraite et nuire au bien être de ses résidents. Pourtant, une réponse architecturale n'est pas suffisante pour résoudre cette problématique. Un projet de réorganisation et une dynamique de changement sont nécessaires à la réalisation d'une mission de cette ampleur.

Par une étude du territoire, l'analyse d'enquêtes ou de données internes, je formule dans une première partie un diagnostic de la maison de retraite. Il présente l'environnement de la résidence de Lanvaux, les services qu'elle propose, ceux qui sont analogues et complémentaires sur le territoire et les caractéristiques des personnes accueillies de façon à comparer les besoins aux réponses apportées. Le diagnostic, c'est aussi celui de la construction et de l'influence de l'environnement sur les humains qui y sont confrontés.

Dans un second temps, la conduite d'une réflexion pluridisciplinaire me permettra d'en extraire l'organisation souhaitée avec la réalisation du projet d'établissement. Sa mise en œuvre et la nécessité de créer une dynamique de changement me conduiront à l'accompagnement de l'impulsion d'une démarche qualité.

Enfin, pour apporter une réponse architecturale adaptée, après s'être interrogé sur le choix d'une construction ou d'une restructuration et avoir réfléchi à l'organisation fonctionnelle d'un nouvel environnement je me proposerai d'en étudier la faisabilité technique, foncière et financière au regard des spécificités qui caractérisent la résidence de Lanvaux.

1 LE DIAGNOSTIC EXTERNE ET INTERNE

1.1 Cibler l'environnement pour comprendre les personnes accueillies

Comprendre l'environnement dans lequel se situe la Résidence de Lanvaux m'est apparu indissociable du diagnostic interne. La résidence de Lanvaux s'inscrit dans un territoire, sa situation est particulière en fonction de son environnement et son évolution devra en tenir compte pour concrétiser un projet adapté aux besoins.

Evaluer la situation socio-économique et les perspectives du bassin d'attraction confère toute la spécificité du secteur étudié et explique les caractéristiques retrouvées dans le fonctionnement et la vie à la résidence de Lanvaux.

Dans ce contexte, le diagnostic externe m'amène à présenter les différents secteurs d'activité analogues ou complémentaires de façon à envisager l'offre de services proposés.

La confrontation de cette cartographie et des résultats de l'enquête sur l'évaluation des besoins des professionnels et des personnes âgées à domicile sera d'une aide précieuse pour pointer l'écart entre l'offre et la demande en termes de services pour la personne âgée.

L'adaptabilité d'une maison de retraite sur cette évolution des besoins et la capacité d'anticipation des services à proposer imposent à la résidence de Lanvaux ce regard extérieur pour envisager sa mission de demain.

1.1.1 Analyse de la situation socio-économique et des perspectives du bassin d'attraction¹

Les personnes âgées représentent un véritable défi de prise en charge et d'orientation stratégique de la politique du territoire non seulement pour leur dimension sociale, mais aussi par l'enjeu économique des professions, spécialisations et services qui leur sont associés. Il est nécessaire d'évaluer la situation d'un point de vue politique, économique et social afin de se faire une idée de l'environnement à considérer dans la prise en charge des personnes âgées. Les interactions sont nombreuses du fait de leur forte présence sur le

¹ Les données et statistiques citées proviennent de la source : *La Bretagne de l'an 2000*. Presses Universitaires de RENNES : juin 2000, 104 p, Espaces et territoires.

territoire. Avant d'exploiter différents angles d'approche, délimitons le bassin d'attraction qui nous intéresse.

A) Quel est le bassin d'attraction ?

Le bassin d'attraction délimite le territoire à observer pour évaluer, comparer et orienter la prise en charge des résidents à la maison de retraite de GRAND-CHAMP.

La résidence de Lanvaux située à GRAND-CHAMP dans le canton du même nom du Morbihan, fait partie du secteur d'action gérontologique de VANNES (secteur 5 comprenant VANNES ville, VANNES-est, VANNES-ouest, GRAND-CHAMP, ELVEN et SARZEAU).

Le bassin d'attraction peut être envisagé sous différents niveaux selon le thème traité et les informations nécessaires. Ainsi il sera considéré en prenant en compte la ville de GRAND-CHAMP, le secteur gérontologique n°5 étendu sur 45 communes, le département du Morbihan étendu sur 261 communes ou la région de Bretagne avec ses quatre départements.

B) Les évolutions démographiques du bassin d'attraction

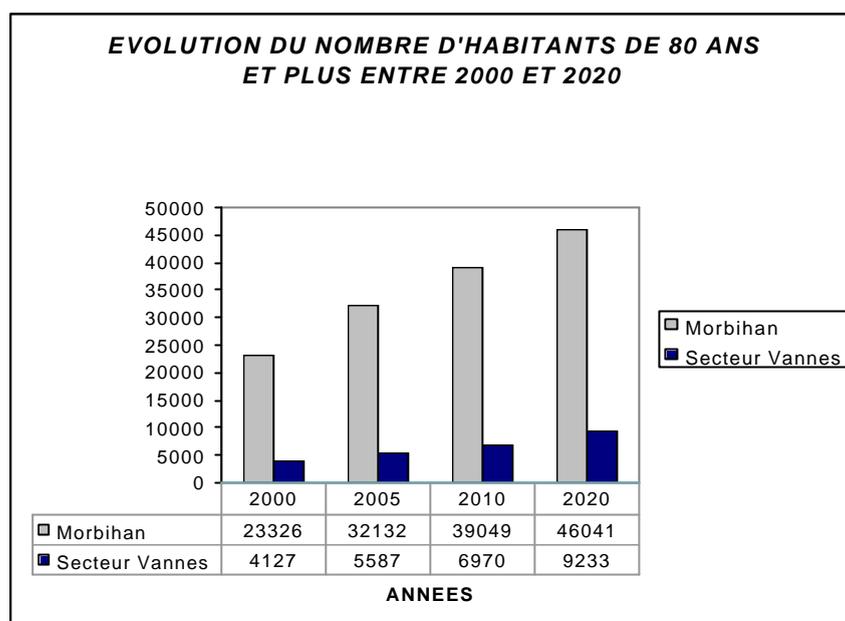
La Bretagne présente des particularités qui ne correspondent pas aux tendances nationales. L'indice de vieillissement² en 1995 est de 64,3 pour la Bretagne contre 56,7 pour la France avec de grosses disparités entre les départements bretons :

Département	Indice de vieillissement
Côtes d'Armor	81,9
Finistère	69,4
Ille-et-Vilaine	50,5
Morbihan	63

Le Morbihan est l'un des deux départements bretons où l'accroissement de la population des plus de 60 ans devrait être importante puisqu'il est de l'ordre de 70 % depuis 1990 jusqu'en 2020.

Une augmentation considérable et significative est prévue plus particulièrement dans le secteur de Vannes puisque les effectifs de personnes de 60 ans et plus devraient s'accroître de 20005 (chiffres en 1990) à 46067 personnes en 2020, soit une augmentation d'environ 130 %.

² Indice de vieillissement = Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.



Plus globalement, la population âgée de 80 ans et plus devrait, sur l'ensemble du département, être multipliée par plus de 2,5 voire 3 pour le secteur de Vannes en l'espace de 30 ans. Cette croissance devrait être particulièrement brutale entre 2000 et 2010, ce qui explique les difficultés rencontrées aujourd'hui pour la prise en charge de cette population.

Le fort accroissement de la population couplé au vieillissement annoncent une hausse très marquée de l'effectif des 80 ans et plus.

De plus, dans le canton, la part des personnes de plus de 80 ans parmi les retraités s'accroît le plus vite à GRAND CHAMP après VANNES ville et SARZEAU.

Part des personnes de 80 ans et plus parmi celles de 60 ans et plus

	2000	2010	2020
ELVEN	8,6%	12,6%	11,9%
GRAND CHAMP	12,8%	20,3%	18,2%
SARZEAU	16,1%	21,8%	23,2%
VANNES VILLE	20,9%	26,9%	25,4%
EST-VANNES	11,6%	13,6%	14,4%
OUEST-VANNES	12,1%	16,1%	17,5%
Total secteur 5	15,8%	20,5%	20

Considérant que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes tel que la résidence de Lanvaux sont les premiers à subir ces augmentations, il est nécessaire de devoir anticiper cette croissance.

En 1995, la capacité d'accueil des personnes âgées en établissement est de 1671. Pour maintenir l'offre dans le secteur gériatrique n° 5 à ce niveau, s'il fallait suivre l'augmentation de la population, il faudrait augmenter le nombre de places de façon considérable.

	En 1995	En 2010	En 2020
Population de plus de 80 ans	4280	6970 (+ 62%)	9233 (+32%)
Capacité d'accueil	1671	2707 (+1036)	3573 (+866 places)

C) Les évolutions sanitaires du bassin

D'après les statistiques des causes de décès, la part des décès enregistrés en Bretagne (5,73% du total de la France en 2000) est plus importante que son poids démographique (4,9% du total de la France en 2000).

Les principaux problèmes de santé qui touchent la population bretonne sont identiques à ceux repérés dans d'autres régions. Les premières causes de décès sont d'abord les maladies de l'appareil circulatoire, puis les tumeurs, les morts violentes, les maladies de l'appareil respiratoire et digestif.

Toutefois, quelques caractéristiques sur la situation sanitaire bretonne peuvent être soulignées : une mortalité infantile parmi les plus basses de France et une des régions les moins touchées par la toxicomanie ou le sida.

L'espérance de vie à la naissance demeure inférieure à la moyenne nationale avec un écart de six mois pour les femmes et de plus d'un an pour les hommes. Cet écart résulte des affections de l'appareil circulatoire, suicides et maladie liées à l'alcoolisme.

Comparativement à la France, cette surmortalité se retrouve pour les hommes de 65 ans et plus. La seule exception concerne le suicide après 85 ans. Les femmes présentent une surmortalité concernant les maladies des appareils circulatoire et respiratoire, les chutes et les suicides.

Avec le vieillissement de la population, le phénomène de dépendance de la personne âgée risque de s'accroître. La prise en charge en institution doit faire face à des patients souvent polyopathologiques et de plus en plus lourds.

Selon la COTOREP, 20% des personnes âgées de 80 ans et plus souffrent de troubles d'orientation. Dans le Morbihan, selon les évolutions démographiques, ces troubles toucheront aux alentours de 7810 personnes en 2010 et 9209 en 2020 Dans le secteur

géronologique de VANNES les troubles de la désorientation concerneront en 2010, 1394 personnes âgées et 1847 en 2020.

Si l'importance de la considération démographique de la population âgée n'est plus à démontrer, les autorités politiques ont pris conscience de l'enjeu de l'intégration du vieillissement de la population dans les réflexions économiques, sociales et culturelles.

D) L'intégration du vieillissement dans la réflexion économique

Le produit intérieur brut de la Bretagne est faible comparativement à la moyenne nationale mais évolue du fait de la spécialisation agricole de la Bretagne, de son industrie relativement dynamique et orientée vers des activités à faible valeur ajoutée.

La population active bretonne a augmenté de 23% depuis 1962 mais sa structure a changé : baby boom, croissance de l'activité des femmes, migration des actifs, arrivée plus tardive des jeunes sur le marché du travail, modification de l'âge de la retraite...

Le marché du travail observe une forte augmentation de l'emploi salarié (+85% depuis 1962). Malgré une réduction des exploitants agricoles et des pêcheurs depuis 30 ans, le secteur représente encore 9,5% de l'emploi total en Bretagne soit le double de la moyenne nationale. Le secteur du bâtiment et des travaux publics, activité traditionnellement bien représentée dans la région a vu ses effectifs croître et enregistre la plus forte hausse depuis les sept dernières années. Cette augmentation résulte des effets de la reprise économique et des aides fiscales accordées aux propriétaires. La Bretagne a enregistré une progression plus rapide de l'emploi tertiaire même s'il reste sous-représenté par rapport à la moyenne des régions françaises.

Pendant 20 ans, le taux de chômage a été supérieur à la moyenne nationale mais depuis 1992, cette tendance s'est inversée : en 1999, la Bretagne observe 9,9% de taux de chômage contre 10,9% au niveau national. Le problème de l'emploi touche d'abord les femmes.

La Bretagne se caractérise par l'importance des espaces agricoles qui couvrent 71% du territoire. L'importance du travail de la terre et de l'élevage du bétail se retrouve dans les récits des personnes âgées pour qui la vie à l'extérieur a toujours été une habitude et donc un besoin auquel il faut pouvoir proposer une réponse.

Cette réflexion économique est à inclure dans une démarche de prise en charge pour pouvoir s'adapter à l'histoire et la culture des personnes accueillies. De plus, les impacts du vieillissement sur le secteur économique sont importants. Ainsi, est observée une

modification sensible des attentes et des besoins à satisfaire. De nouveaux services doivent se développer et la qualification des prestataires pouvoir y répondre : assistance et maintien à domicile pour les personnes dépendantes ou reformulation des offres de services en fonction du mode de vie des retraités et de l'allongement de l'espérance de vie par exemple.

Avec le vieillissement des populations, le déséquilibre entre actifs et inactifs doit être pris en compte. Par ailleurs, l'allongement de la durée de vie s'accompagne d'une prolongation de la validité des personnes. Les retraités devront être impliqués dans leurs espaces de proximité, ils aspirent à des activités en prise avec les réalités économiques, culturelles, éducatrices, ludiques et sociales.

E) La prise en compte du vieillissement dans la réflexion sociale

En ce qui concerne les conditions de vie des bretons, les salaires moyens sont inférieurs au salaire moyen en France. Le parc locatif social est plus faible qu'au niveau national. Les Bretons sont pour 65% propriétaires de leur résidence principale. Le nombre de Rmistes progresse de manière moins rapide en Bretagne (+1,2%) par rapport à ce qui est observé au niveau national (+2%).

La Bretagne a un potentiel et une vitalité culturelle qui doit être une composante de la prise en charge des aînés. Elle possède un patrimoine historique très riche avec de très nombreux monuments classés (le Morbihan arrive en tête avec ses 860 monuments classés), de sites protégés, et de labels « ville et pays d'art et d'histoire » ou « petites cités de caractère » ce qui en fait une région très attractive. Si peu de musées sont classés, la région compte un nombre important de sites touristiques, parcs, aquariums, ou châteaux. A ces sites remarquables, s'ajoutent une identité culturelle très forte représentée par le théâtre, la musique, la danse, les fêtes, le tissu associatif, la gastronomie ou encore la langue.

Cette imprégnation forte de la culture régionale, une des plus développée du territoire national, est un patrimoine que les anciens cherchent à léguer aux enfants, une identité à vivre au quotidien impliquant les bretons dans un sentiment d'appartenance et une cohésion qui crée des liens particuliers sur le territoire. Ces caractéristiques expliquent le retour des retraités bretons sur leur territoire d'origine et l'installation de nouveaux retraités appréciant cette qualité de vie.

F) La stratégie politique du bassin

Au niveau régional, la Charte «Bretagne 2015 »³ reposant sur une réelle concertation et dessine vingt-et-une orientations stratégiques. Cinq orientations sont proposées. C'est la quatrième qui nous intéresse : « Bretagne : terre d'épanouissement et de solidarité ». Elle propose le développement de quatre items dont « l'intégration du vieillissement de la population dans les réflexions sociales, économiques et culturelles ».

Outre les réponses sanitaires et sociales nécessaires aux demandes nouvelles des personnes âgées, la Bretagne doit trouver des réponses fortes au risque de déséquilibre entre actifs et inactifs, mais également tirer parti des opportunités sociales et économiques du phénomène de vieillissement et de développement d'une économie résidentielle. Ainsi, plusieurs axes forts sont ciblés :

- Le développement des services de proximité, à la fois pour le maintien à domicile et pour en favoriser l'accessibilité ;
- La promotion des formations aux métiers du troisième âge ;
- La mobilisation des « anciens » au service de la collectivité et l'encouragement de toutes les formes locales et expérimentales de solidarité entre générations.

Dans ce contexte, la personne âgée peut avoir recours à différents services de prise en charge. Il est intéressant de faire le bilan de ceux proposés en dehors de la résidence de Lanvaux de façon à avoir une vision globale de l'offre existante et déceler les prestations à développer.

1.1.2 Présentation des différents secteurs d'activité analogues ou complémentaires à la résidence de Lanvaux

A) Les partenaires travaillant avec la maison de retraite

Les autorités de contrôle et de tarification sont représentées par : la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, la Direction Générale des Interventions Sanitaires et Sociales, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et la caisse régionale d'assurance maladie.

³ Schéma régional d'Aménagement et de développement du territoire, « Bretagne 2015 », Enseignements de la concertation et perspectives,

Les organismes proposant des aides et remboursements sont représentés par la caisse ORGANIC de la sécurité sociale, la caisse d'allocations familiales, la caisse primaire d'assurance maladie et la mutualité sociale agricole.

Le centre communal d'action sociale de GRAND-CHAMP travaille en partenariat avec l'établissement sur son service de portage de repas.

Le Centre d'Aide par le travail de GRAND-CHAMP offre des prestations et services payants dont bénéficie l'établissement qui intègre dans sa politique de recrutement les personnes présentées par le CAT.

La maison d'accueil spécialisée travaille en collaboration avec la résidence de Lanvaux dans un souci d'entraide de fonctionnement et une réflexion est ébauchée concernant l'avenir de la population handicapée vieillissante.

B) Les services analogues à ceux proposés par la résidence de Lanvaux

Pour faire face à la croissance du nombre de personnes de 75 ans et plus, l'offre en matière d'accueil des personnes âgées a beaucoup évolué ces dernières années : elle a augmenté (+ 16% de 1993 à 1997), s'est diversifiée et médicalisée.

Face à ce constat d'ordre général, l'étude de l'offre environnante se limite au secteur gérontologique puisque ce niveau semble plus adapté à la description recherchée.

Les petites unités d'accueil :

Le secteur gérontologique de Vannes est précurseur de ces structures d'accueil de cinq à sept places qui ont l'ambition de maintenir un environnement de type familial pour des personnes atteintes de troubles de l'orientation. Dix unités offrent une capacité d'accueil de 46 places dans le secteur gérontologique n°5.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées :

Il existe une **maison d'accueil** pour personnes âgées qui accueille 3,74 % de la population âgée de 80 ans et plus soit 24 personnes. Pour ce type de structure se pose le problème du nombre important dans le département du Morbihan alors qu'elles ne semblent plus adaptées à l'augmentation de la dépendance des personnes âgées.

Les **foyers logements**, au nombre de 8 dans le secteur n°5 et accueillant 530 personnes âgées présentent la même difficulté : leur faible taux de médicalisation qui ne semble plus adapté aux besoins de la population âgée.

Les **maisons de retraite** regroupant les établissements **publics autonomes** ou rattachées à un établissement hospitalier, ainsi que les établissements privés à but non lucratif conventionnés au titre de l'aide sociale sont au nombre de 4 dans le secteur gérontologique n° 5 pour une capacité d'accueil de 476 places. Ce secteur est moyennement médicalisé

avec une faible médicalisation reconnue pour la maison de retraite de GRAND-CHAMP la moyenne étant de 46% dans le département contre 29% à GRAND-CHAMP..

Les maisons de retraite **privées** sont nombreuses dans ce secteur gériatrique. Elles sont 9 dans le département offrant une capacité d'accueil de 315 personnes dont 6 dans ce secteur. Les lits de **long séjour** sont au nombre de 275 dans le secteur 5 répartis sur les communes de SAINT AVE et VANNES et de 1250 dans le département.

	Secteur gériatrique n°5		Département du Morbihan	
	Capacité d'accueil	Répartition	Capacité d'accueil	Répartition
Familles d'accueil	5	4%	64	5%
Petites unités d'accueil	46		61	
MAPA	24		335	
Foyers-logements	530	32%	3576	40%
MdeR non lucratives	476	28%	3212	36%
MdeR lucratives	315	19%	470	5%
Longs séjours	275	16%	1250	14%
TOTAL	1671	100%	8968	100%

Le secteur gériatrique n°5 offre un **service de portage de repas** assez bien réparti et qui touche un nombre de bénéficiaires satisfaisant en comparaison avec la moyenne départementale.

A ce service, la résidence de Lanvaux y contribue en grande partie et doit maintenir cette prestation pour contribuer à favoriser le maintien à domicile.

Plus de la moitié des bénéficiaires ont plus de quatre vingt ans, ce qui traduit la possibilité de maintenir à domicile une population très âgée.

C) Les professions de santé et les services spécifiques

Les professions de santé⁴ : Les infirmiers observent une densité de 761 dans le Morbihan pour 5005 professionnels avec 18 % de libéraux. Cette proportion d'infirmiers est

⁴ Les professionnels de santé au 1^{er} janvier 2003, Statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Répertoire ADELI, mai 2003, N° 52

relativement importante et se reflète dans les procédures de recrutement puisque les candidats sont suffisamment nombreux dans un contexte national délicat.

Les masseurs-kinésithérapeutes sont 105 pour mille habitants, ce qui est une proportion importante.

Les généralistes sont au nombre de 4603 en Bretagne et les spécialistes de 4496. La présence du corps médical est relativement importante dans une ville comme celle de GRAND-CHAMP.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer peut se faire au centre hospitalier de VANNES où exercent un gériatre, un psychologue et bien d'autres praticiens indispensables au diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Dans le domaine de **l'information et de la coordination gérontologique** le Comité de liaison de l'association des retraités et personnes âgées (CLARPA) de Vannes propose un accueil sur place, une permanence téléphonique tout comme le Centre Communal d'Action Sociale qui coordonne également une équipe d'intervention.

Il existe des **alternatives à l'hébergement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** à VANNES. Le Centre psychothérapeutique pour personnes âgées propose 8 places d'accueil à l'hôpital de jour géronto-psychiatrique, le Centre hospitalier, 14 places en hôpital de jour gériatrique et enfin, la Direction de Infrastructures Sanitaires et Sociales gère un accueil familial.

Les services d'accueil temporaire et d'accueil de jour sont présents sur 7 structures avec une capacité d'accueil restreinte à quelques places. Sur le secteur gérontologique, une quinzaine de personnes peuvent donc en bénéficier. Cette offre ne peut couvrir le besoin sachant que c'est une alternative qui prépare l'entrée en institution, qui prolonge le maintien à domicile et qui soulage les aidants. Le gouvernement soutient cette position puisque dans le Plan vieillissement et solidarité, il prévoit la création de 1760 places d'accueil de jour et 760 d'hébergement temporaire.

Le services et les aides à domicile : Il existe quatre types de services à domicile sur le canton en plus du portage de repas précédemment évoqué : un service de vie ou garde à domicile qui est assuré sur la commune de GRAND CHAMP ; un service d'aides ménagères sur chaque commune géré soit par le Centre Communal d'Action Sociale soit par l'association AMPER (Association Mandataire pour l'Emploi Rural) ; un service de soins à domicile et enfin un service de télé-sécurité.

1.1.3 Evaluation des besoins des professionnels et des personnes âgées

Dans le cadre du plan gérontologique départemental et de la charte gérontologique du secteur n° 5, une enquête auprès des personnes âgées de plus de 70 ans, des professionnels de santé et des aides ménagères a été menée de façon à connaître les besoins et les attentes de chacun.

L'enquête auprès des personnes âgées a porté sur un échantillon de 349 personnes et s'est basée sur différents indicateurs.

D'abord les interrogations sur les activités sociales et la mobilité révèlent que plus de la moitié des personnes vivent à proximité du bourg, 60 vivent en couple ou avec un membre de la famille et la majorité adhèrent à un club.

Concernant leur degré d'autonomie, il dépend essentiellement de l'âge, la dépendance s'accroissant à partir de 80 ans et est appréhendé aussi par la présence d'intervenants extérieurs qui concerne 53% des personnes interrogées.

Pour ce qui est du désir de s'orienter vers une structure d'accueil, les réponses sont mitigées puisque 16% l'envisagent, 36%, plus ou moins et 40% préfèrent rester à leur domicile. L'accueil familial quant à lui, est rejeté par 53% des personnes interrogées.

57% évoquent la nécessité de construire des logements adaptés susceptibles de les accueillir dans la commune, ce qui conforte les constructions nouvelles de maison de retraite.
--

Au niveau de l'information reçue, 23% pensent être suffisamment renseignés sur les services proposés et 53% souhaitent tout de même la création d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), ce qui paraît être, pour un secteur comme celui de VANNES, indispensable.

Ce manque d'information est retrouvée parmi les manques évoqués pour se sentir mieux à domicile. En effet, en plus d'une meilleure santé et des revenus plus élevés, 48% des personnes interrogées évoquent le manque de commerce de proximité, d'une pharmacie ou d'un moyen de transport.

De manière générale, ces personnes préfèrent vivre chez elles mais 47 % envisagent un placement éventuel en structure d'accueil alors que peu accepteraient de vivre en accueil familial.

Suite à cette enquête les professionnels de santé ont également été interrogés. La moitié de ces professionnels considèrent que la coordination avec les autres intervenants est très satisfaisante. La mise en place d'un cahier de coordination à domicile est proposé.

Dans l'ensemble, ils souhaiteraient voir se développer sur le canton des structures du type « maison d'accueil pour personnes âgées » et des unités spécialisées par type de maladie.

Tous souhaitent le développement de l'accueil familial.

Les aides ménagères, pour la moitié d'entre elles estiment que la coordination avec les autres services est satisfaisante et soutiennent l'idée de la mise en place du cahier de coordination. Elles soulignent le besoin d'un intervenant à domicile afin d'épauler la personne âgée dans ses tâches administratives et 87% évoquent la nécessité de créer un CLIC.

Au regard de l'étude du bassin d'attraction et de l'enquête de besoins, la présentation des services rendus par l'établissement et les caractéristiques générales des personnes accueillies complètent le diagnostic dans le but de dessiner le positionnement que doit suivre l'offre de l'établissement.

1.2 Présentation de la résidence de Lanvaux

La résidence de Lanvaux se positionne en premier lieu par des règles éthiques de fonctionnement constituant les fondations de l'organisation. C'est un établissement qui a pour vocation d'accueillir la personne âgée en lui proposant différentes prestations. Cependant, la population accueillie vieillit et implique une continuelle adaptation.

1.2.1 Une philosophie interne constituant un référentiel de pratique

Définir la philosophie de la résidence nous a permis de nous accorder sur les valeurs fondamentales devant dicter notre conduite que ce soit pour le personnel, les intervenants extérieurs, les bénévoles ou les familles et les résidents. Elles fixent un cadre éthique d'intervention indispensable pour inverser les représentations négatives de la population accueillie ou pour se prémunir des dérives de l'épuisement professionnel, risque latent des maisons de retraite. C'est sur ces valeurs formant un cadre de référence que reposeront les orientations des projets de l'institution.

Du fait de son rôle stratégique dans l'établissement⁵, il a été estimé du ressort du comité de pilotage de définir ce cadre philosophique de prise en charge. L'objectif était de fixer des orientations éthiques en accord avec la situation spécifique de la résidence de Lanvaux. Les valeurs fondamentales qui en ont découlé sont les suivantes.

Respecter la personne accueillie : Ceci suppose que le choix du résident soit toujours demandé et écouté. L'approche de la personne se fait avec politesse, notamment par le vouvoiement et la patience, ce que l'habitude nous fait souvent oublier. De plus, le respect de la personne accueillie suggère une prise en charge adaptée et en accord avec ses envies. C'est à l'heure de la toilette que cette notion est très présente par le respect de l'intimité et la prise en compte de la pudeur de chacun.

Vivre en harmonie à la résidence de Lanvaux: Le personnel doit pouvoir évoluer dans un environnement serein, solidaire, favoriser la communication pour créer une bonne entente, s'épanouir dans son milieu professionnel et pour cela, en avoir le temps.

Ainsi, il donnera aux résidents les moyens de s'approprier la maison de retraite, se sentir chez eux et d'accepter la vie en collectivité. La relation de confiance établie doit faire en sorte qu'ils soient bien dans leur tête et dans leur corps, qu'ils se sentent bien et qu'ils retrouvent le plaisir de vivre. C'est par l'acceptation de l'autre dans sa vieillesse et son handicap que nos aînés porteront un regard positif sur la vie.

Donner envie de vivre en restant utile et socialement intégré : Les personnes accueillies⁶ ont pour la plupart, vécu dans des conditions difficiles avec pour valeur fondamentale le travail. Aussi, il leur est peut-être difficile d'intégrer une maison de retraite pour se reposer. C'est une vision qu'elles ont du mal à concevoir. Aussi, chacun doit pouvoir se reconstruire un rôle pour se sentir utile à la collectivité. La Direction de la résidence de Lanvaux et le personnel tentent d'encourager les initiatives de participation à l'organisation de la vie en collectivité (tri sélectif, aide autour de la table, aide pour le linge, aide à la distribution du courrier, décoration, retrouver la pratique d'un instrument...). Un rôle social retrouvé, les personnes âgées en sont valorisées et trouvent un sens à leur vie. Eviter l'isolement et intégrer la vie de la cité dans la maison de retraite favorisent la reconnaissance sociale. C'est par le projet de vie individuel qu'elle se concrétisera.

⁵ Voir la première annexe du guide d'élaboration et de gestion des procédures et protocoles pour cerner le rôle du comité de pilotage.

⁶ Voir le paragraphe « 1.2.3. la population accueillie »

Considérer l'identité de chacun, sa personnalité et individualiser le regard porté :
Chaque personne a un passé qui lui est propre, des habitudes qu'il est nécessaire de connaître et de prendre en compte. Le personnel doit donc s'y référer pour adapter la prise en charge et obtenir des résultats de maintien de l'autonomie, de bien être de la personne plus efficaces. Il s'agit d'évaluer également les besoins de chacun, en suivant leur évolution, pour proposer un service à la carte adapté aux préférences, habitudes et envies de chaque personnalité.

1.2.2 Les personnes accueillies à la Résidence de Lanvaux

Les personnes aujourd'hui sont accueillies à la résidence de plus en plus tard afin de préserver la vie à leur domicile le plus longtemps possible. Ce sont pour 66% des femmes. La moyenne d'âge des résidents est de 82 ans. 60 % ont plus de 80 ans.

L'établissement accueille aujourd'hui tous types de personnes dépendantes sans distinction particulière alors qu'elle n'exigent pas la même prise en charge.

A) Une dépendance accrue qui exige l'offre de nouveaux services

Du fait de la volonté de rester vivre au domicile, les personnes accueillies en institution sont des personnes plus exposées à la perte de leur autonomie. Le GIR moyen pondéré (GMP), mesure globale de la dépendance par le classement en six groupes iso-ressource, en est le révélateur puisqu'il s'alourdit avec les années. Au 15 octobre 2003, le GMP a été évalué à 709.

Cette perte d'autonomie se traduit par une dépendance physique ou psychique accrue.

Presque 23 % peuvent être considérés comme désorientés. La résidence de Lanvaux reçoit 58 personnes qui présentent des troubles légers d'orientation temporo-spatiale et 28 pour qui cette déficience est majeure.

Or aucun espace ne leur est réservé et les moyens manquent pour assurer une prise en charge spécifique et individualisée.

Ainsi l'établissement n'a pas mis en place à ce jour de réponse spécifique adaptée aux personnes atteintes d'une dépendance psychique, ce qui perturbe les autres résidents et ne correspond pas à une prise en charge spécifique selon les pathologies.

Pourtant, cette organisation présente un atout certain : le personnel s'adapte à la prise en charge à développer et non pas le contraire. Pour les personnes désorientées, il s'agit de restaurer et maintenir les acquis psychiques et moteurs le plus longtemps possible dans une logique de faire-faire et non de faire à la place de comme par exemple pourrait le nécessiter

une personne présentant une dépendance physique. Cette organisation permet également aux résidents de conserver le plus longtemps possible leur chambre tout au long de leur séjour, facilitant ainsi les repères spatio-temporels.

La prise en charge de la désorientation des personnes accueillies doit être un objectif prioritaire. Les possibilités d'évolution sont limitées par la configuration de la structure. Cet élément sera fondamental dans la réflexion concernant le projet de réflexion architecturale de la maison de retraite.

En effet, le symptôme de la désorientation nécessite un accompagnement spécifique de la personne pour lequel le travail des équipes, leur formation et l'espace doivent être adaptés.

Près d'un quart des personnes accueillies aurait besoin d'une prise en charge intégrant ces troubles d'orientation temporo-spatiale sachant que ces données sont en perpétuelle croissance. Des unités d'accueil spécifiques doivent prendre en compte cette dépendance psychique dont la fréquence évolue.

Les résidents sont accompagnés dans leur fin de vie et ont besoin de soins palliatifs avec une prise en charge spécifique de la douleur. Le manque d'organisation, d'une procédure formalisée et d'évaluation des besoins ne garantit pas cette prise en charge.

L'accompagnement en fin de vie pourrait faire l'objet d'une équipe mobile de personnes spécifiquement formées.

Avec ces déficiences, le maintien à domicile est difficile puisqu'un accompagnement est nécessaire et que la charge est alors très lourde pour l'aidant. Pour soutenir le maintien à domicile, les repères et la vie avec sa famille, un accueil temporaire peut être un soulagement pour ces aidants qui peuvent alors s'occuper d'eux et récupérer de la charge émotionnelle que cet accompagnement suppose. De plus, c'est une véritable passerelle avant l'entrée en institution, l'adaptation en sera facilitée.

L'accueil temporaire pour soulager la famille ou la laisser partir en vacances est un service devenu indispensable. Il peut se faire en accueil de jour ou de nuit planifié sur l'année.

B) La proximité du milieu d'origine

Pour mettre en parallèle l'étude de la situation socio-économique du bassin d'attraction et l'origine des personnes accueillies à la résidence de Lanvaux, il est intéressant de constater que 96%, soit la quasi totalité des résidents habitaient le département du Morbihan. Les quelques personnes de l'extérieur sont nées dans le Morbihan et ont souhaité revenir sur leur territoire d'origine y retrouver leur famille.

De façon plus précise, l'étude montre que 55% des résidents vivaient avant d'entrer en maison de retraite dans une des 45 communes du secteur gérontologique de GRAND-CHAMP (Secteur n° 5 selon le schéma gérontologique départemental).

Les personnes accueillies vivaient pour la plupart, proche de la maison de retraite. Elles cherchent à garder cette proximité indispensable au maintien du lien social.

La population cible de la Résidence de Lanvaux est pour 55% celle du secteur gérontologique et pour 41% celles des villes avoisinantes du département.

Sur GRAND-CHAMP, si la population accueillie est représentée dans les mêmes proportions de la population des plus de 80 ans dans les années à venir, il est aisé de constater que le nombre d'habitants de GRAND-CHAMP dans la nécessité d'être accueilli en maison de retraite sera nettement supérieur à la capacité actuelle d'accueil en institution.

Pour faire face à la croissance de la population âgée et à l'évolution de sa dépendance, la résidence de Lanvaux doit être en mesure de proposer de nouveaux services plus adaptés. Il existe cependant un écart entre les possibilités d'accueil de la structure en termes de fonctionnalité, d'espace et surtout de personnel, et les moyens nécessaires pour offrir une prise en charge de qualité correspondant aux critères définis par le cahier des charges de la convention tripartite.

1.2.3 L'encadrement humain

L'établissement emploie 65,7 équivalents temps plein, ce qui lui confère l'importance d'un employeur de taille sur GRAND-CHAMP.

Tableau des effectifs en Equivalents Temps Plein (ETP)

Fonctions	Equivalents temps plein
Agent d'entretien spécialisé	6,3
Agent d'entretien qualifié	1,6
Ouvrier professionnel qualifié	0,8
Maître ouvrier	2
Agent des services hospitaliers	20,7
Aide médico-psychologique	6,6
Aide soignante	16,9
Infirmière	4,8
Animatrice	1
Responsable qualité	1
Adjoint administratif principal	1
Adjoint administratif	1
Agent administratif	1
Directeur d'établissement sanitaire et social	1
TOTAL	65,7 ETP

Aux côtés de ces équipes, d'autres professionnels interviennent à la vacation : les masso-kinésithérapeutes, les huit médecins et le pédicure-podologue. Dans le cadre de la convention tripartite, l'établissement souhaiterait obtenir un poste de cadre infirmier, des vacations d'un médecin coordonnateur, d'un psychologue et d'une diététicienne.

Concernant le personnel interne à l'établissement et suivant le tableau ci-dessus, un constat s'impose : une forte proportion d'agents travaillent à temps partiel. De plus sur 80 personnes, 41 agents sont titulaires. Il y a donc une forte proportion de personnes recrutées en tant que contractuelles. Le temps nécessaire à l'évaluation de la compétence des agents incitent les directeurs à recruter de cette manière pour les stagiairiser par la suite. Une forte proportion de personnes non qualifiées ne facilite pas la mise en œuvre d'une technicité adaptée. Le contexte favorise cette situation puisque la réflexion menée sur la nécessité de repenser l'environnement conduira à réorganiser les unités de vie et aura des conséquences directes sur la prévision des ressources humaines. Il s'agira alors de planifier les besoins en fonction de la réalisation du projet, de former les effectifs nécessaires et de réduire le nombre d'emplois précaires en conséquence.

L'organisation patrimoniale, à savoir un bâti conçu sur deux niveaux d'hébergement autour d'un jardin central et la présence d'un couloir rectiligne distribuant les chambres, a nécessité la mise en place d'une équipe autonome par niveau afin d'assurer une meilleure sécurité-proximité du personnel auprès des résidents. Cette organisation a l'avantage d'individualiser au mieux la prise en charge et de responsabiliser chaque agent par rapport à son service. De ce fait, chaque équipe assure au delà de son rôle propre auprès de la personne âgée, l'entretien des locaux de son unité.

1.2.4 Les services proposés

La résidence de Lanvaux est une structure accueillant 123 résidents de plus de soixante ans. Entourée d'un parc agréable mais non fermé, elle se situe en centre bourg de façon à faciliter l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, permettre aux résidents de profiter des infrastructures mises à leur disposition dans la commune et faciliter la venue de professionnels (paramédicaux, médicaux, artistes, exposants, animateurs, danseurs,...), visiteurs (familles, amis, collègues...) ou bénévoles.

Elle offre 46 chambres doubles et 31 chambres particulières, toutes dotées d'une salle d'eau comprenant lavabo et toilettes. Chaque résident est en contact constant avec le personnel grâce à un système d'appel dans toutes les chambres. Pour assurer une plus grande médicalisation de la résidence, de façon à s'adapter au mieux à une dépendance toujours croissante des personnes accueillies, une présence infirmière est assurée 7 jours sur 7.

Avec le gîte, elle offre le couvert. Trois cuisiniers s'occupent des repas servis à la résidence, les adaptant aux difficultés et à la santé de chacun.

Outre la prise en charge soignante du personnel interne et externe, la résidence offre le confort d'un lieu de vie convivial grâce à la mise en place de différents programmes d'animation. Une animatrice diplômée propose des activités tous les jours qui vont de la lecture du journal, à la chorale, aux jeux de société, aux rencontres intergénérationnelles ou aux sorties facilitées par l'acquisition d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite.

Un service d'esthétique, de coiffure et de pédicure est assuré par des prestataires extérieurs. Des personnes volontaires se proposent de rencontrer les résidents qui le désirent. Des messes et prières sont célébrées quotidiennement au sein de la résidence.

L'évaluation de ces prestations de la Résidence de Lanvaux est exercée avec différents outils : l'auto évaluation, d'une part, les enquêtes, la méthode des 5 M⁷, outil de réflexion qui permet de passer en revue les facteurs qui influent sur la qualité d'un processus et d'autre part, les boîtes à idées.

L'évaluation des prestations de la Résidence de Lanvaux soulève à différentes reprises l'inadaptation des locaux. La vétusté du bâtiment apparaît comme une véritable contrainte de l'amélioration continue de la qualité. Il est devenu rapidement indispensable d'y réfléchir. Pour cela un rappel de l'historique de la vie du bâtiment et les défaillances constatées permettent de comprendre les difficultés rencontrées aujourd'hui pour prendre en charge décemment des personnes âgées dépendantes.

1.3 Le constat d'une construction obsolète

1.3.1 Historique de la structure

Un logement foyer de 60 lits est créé le 7 novembre 1969, il sera étendu à 65 lits en 1975. Dès 1979, des lits de section de cure médicale sont créés. Le 1^{er} juillet 1993, son statut est modifié et il devient une maison de retraite publique autonome . C'est un établissement qui, aujourd'hui accueille 123 résidents dont 36 en section de cure médicale.

La construction du bâtiment, propriété de Bretagne Sud Habitat s'est faite en deux temps :

- 1^{ère} tranche construite à l'aide du financement « Hébergement à Loyer Modéré » (HLM), en 1968/ 1969, mise en service le 1^{er} janvier 1970.
- 2^{ème} tranche construite à l'aide du financement H.L.M. en 1974/ 1975, mise en service le 1^{er} juin 1975.
- Depuis, des travaux ont été engagés : travaux de réhabilitation en 1987 et d'extension en 1993.

Bretagne Sud Habitat, l'ancien Office Public des HLM est propriétaire bailleur des bâtiments et du terrain.

⁷ La méthode des 5M fait porter l'analyse sur les matières premières, la main-d'œuvre, le matériel, le milieu de travail, les méthodes de travail et de réalisation des prestations.

En dépit de ces restructurations, le bâtiment n'est pas adapté à une prise en charge de qualité de la personne âgée. Les différentes réflexions menées en vue d'une amélioration continue de la qualité des prestations sont confrontées aux contraintes de la structure listées dans le cadre du diagnostic suivant.

1.3.2 Diagnostic de la structure

Si l'inadéquation des locaux apparaît de façon flagrante, il est pourtant nécessaire de vérifier la réalité des besoins. Cette phase nécessite une grande objectivité d'approche. Elle peut se traduire par une étude d'opportunité et peut comprendre des entretiens, des interviews, des mesures, des analyses destinées à identifier ou valider la demande, des études comparatives pour positionner la demande par rapport à des références opérationnelles, l'analyse des normes servant de références, et enfin, des recherches prospectives pour anticiper l'évolution du besoin.

Une synthèse des ces informations doit pouvoir justifier de l'opportunité ou de l'inopportunité.

Cette nécessité d'évaluer l'état de la structure s'est imposée. Pour cela, il m'a fallu repérer les critères de références notamment avec le référentiel de l'Assistance de Hôpitaux de Paris (APHP)⁸, lister les dysfonctionnements mentionnés dans le cadre de l'autoévaluation de septembre 2002 au regard du référentiel ANGELIQUE, ceux récoltés dans le cadre d'une réunion générale des familles et des résidents en juin 2003 suite à une enquête et les remarques transmises dans le cadre des boîtes à idées, système mis en place à mon arrivée en stage. Toutes les catégories de personnes concernées par la maison de retraite ont donc eu l'occasion de transmettre leurs observations concernant la fonctionnalité, la vétusté ou l'architecture du bâtiment.

Ainsi, de nombreuses difficultés de fonctionnement sont observées aussi bien sur le plan de la vétusté des lieux, de leur surface ou de leur organisation.

⁸ Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients âgés, référentiel. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris, 2002

A) La configuration des lieux, véritable handicap pour une bonne fonctionnalité

- La résidence de Lanvaux offre 46 chambres doubles soit 60% des chambres et 31 chambres particulières.

Les chambres doubles ne permettent pas de préserver l'intimité des résidents dans un lieu considéré comme étant leur domicile. Selon le référentiel de l'APHP, référence I et le référentiel ANGELIQUE question 99, la proportion des chambres à deux lits ne doit pas dépasser 10% de la capacité de l'établissement soit 12 chambres, ce qui est loin d'être la cas.

L'isolement des personnes porteuses de germes ou bactéries multirésistantes est fortement compromis avec le risque infectieux que cela suppose.

Les fenêtres inaccessibles n'offrent pas de visibilité extérieur pour les personnes alitées ou en fauteuil et la visibilité sur les espaces de circulation est impossible.

- Concernant les sanitaires, les salles de bains privées sont équipées de toilettes et de lavabo mais les douches sont condamnées du fait de leur dangerosité pour des personnes à mobilité réduite. Elles gênent les déplacements mais ne sont pas utilisables. Il existe donc une salle de bain par service et pour tous, avec deux baignoires à hauteur variable et une baignoire fixe sur l'ensemble de la résidence. La fréquence des bains est mensuelle et ceci du fait notamment de l'inexistence de douches utilisables dans les salles de bains privées.

De plus, les sanitaires ne sont pas équipés de sols antidérapants.

Ces conditions de travail sont insuffisantes pour offrir une prise en charge de qualité de l'hygiène des résidents.

Les déplacements occasionnés, la planification nécessaire, la manutention obligatoire sont autant d'éléments inconciliables à un travail et une organisation de qualité.

- Les unités linéaires, concernent un trop grand nombre de résidents et les couloirs sont trop longs.

Cette organisation de type hospitalier altère fortement le caractère humain de la prise en charge. Le personnel prévoit son organisation en fonction de la taille des locaux pour éviter de multiplier les déplacements, le piétinement inutile et l'épuisement. Il s'adapte à la structure quant elle devrait être un atout d'organisation.

Avec cette configuration, la déambulation n'est pas favorisée et les impasses favorisent les situations d'angoisse.

L'ouverture des services n'apporte pas la sérénité des unités contenantes et n'est pas adaptée à l'accueil de personnes désorientées. Pourtant, aucune sélection n'est faite à l'entrée, la prise en charge ne peut répondre correctement aux situations délicates provoquées par ces troubles du comportement.

- Le bâtiment est construit sur deux niveaux et celui du rez-de-chaussée n'est pas uniforme. Au delà de la difficulté de se déplacer sur des rampes en pente, le risque de chute

en est accru et la contention, souvent le recours ultime pour l'éviter. Pour pallier les effets de structure, les solutions sont minces et parfois maltraitantes envers la personne âgée.

- Le bureau de l'accueil est fermé, paradoxe de sa fonction intrinsèque d'accueil. La configuration de l'accueil ne permet pas le respect de la confidentialité des entretiens avec les familles ou les résidents puisqu'il se situe au centre du passage des agents administratifs sans pièce distincte, réservée à cette fonction primordiale pour l'intégration des nouveaux arrivants et l'écoute de leur famille.

- Le nombre d'ouvertures extérieures rend impossible la maîtrise des allers et venues, ce qui nuit à la sécurité des résidents et implique la recherche des personnes désorientées qui s'en vont.

De plus, les portes ne sont pas automatiques, ce qui entraîne des nuisances sonores non négligeables pour les résidents se reposant au salon et constitue une difficulté supplémentaire pour les personnes à mobilité réduite.

- Le jardin n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite. Aux portes, des ressauts forment de véritables obstacles et aucune promenade stabilisée ne donnent l'occasion aux personnes en fauteuil roulant de profiter du jardin.

B) Des surfaces restreintes qui rendent étouffantes la vie en collectivité

- Les chambres de 17 m², pour les chambres à un lit et 22 m² pour les chambres doubles, ont une surface largement inférieure à celle préconisée par les autorités. La Caisse Régionale de l'Assurance Maladie (CRAM) soutenant les projets par des prêts à taux zéro préconise une surface de 20 m² minimum pour les chambres simples. De plus, depuis la réhabilitation de 1993, des cloisons ont été installées dans certaines chambres réduisant un peu plus l'espace.

- Les largeurs de portes et couloirs sont inférieures aux dimensions nécessaires au déplacement des fauteuils roulants, des chariots ou des brancards.

Le maintien de l'autonomie des personnes à mobilité réduite est une priorité à laquelle il est difficile de répondre.

La manipulation des personnes est restreinte voire dangereuse et les conditions de travail en sont rendues difficiles.

- Une des deux salles à manger ne pourra bientôt plus recevoir tous les résidents pour les repas du fait du nombre croissant de fauteuils roulants. Le personnel éprouve de grandes difficultés à installer les personnes pour prendre leur repas.

La qualité de la prestation se dégrade puisqu'il s'avère impossible de placer les résidents selon leurs choix et une personne mange à l'écart par manque d'espace.

Se posent fortement des interrogations sur l'avenir : comment faire face à la croissance du nombre de fauteuils roulants ? Faudra-t-il faire deux services, engendrant des coûts de fonctionnement supplémentaires liés à cette non qualité ?...

- Il n'existe pas de local technique pour l'entretien des locaux, d'office pour les transmissions, ni de salon ou salle à manger dans les services. Ces lieux de vie et locaux professionnels sont souvent uniques et collectifs. Le personnel n'a pas de salle de transmission, ni de lieu de réflexion. Les documents sont archivés dans les salles de bain des services.

Les résidents ne disposent d'aucun lieu de convivialité. La sectorisation des unités de vie devient incontournable pour créer un véritable espace de vie et humaniser la prise en charge.

Les prestations fournies sont restreintes par l'absence de lieux de vie : il n'existe pas de salon de coiffure, de bibliothèque, de cafétéria ou même de salle d'animation spécifique.

Recevoir de nouvelles compétences tel que le médecin coordonnateur ou un psychologue est de l'ordre de l'impossible puisque aucun bureau ne peut leur être proposé.

- La taille du parking est dépassée, le personnel et les familles observent des difficultés pour se garer, ce qui occasionne des conflits de voisinage, la rue étant encombrée et ceci n'est pas favorable non plus à l'accueil de visiteurs.

C) Des locaux vétustes à la limite du respect de la personne accueillie

- Les vantaux des fenêtres et portes fenêtres sont déformés, en simple vitrage et les huisseries sont vermoulues. Certains ne peuvent plus ouvrir leur fenêtre, ce qui est d'autant plus gênant pendant les grandes chaleurs.

- Les bâtiments ne sont pas isolés, la perte d'énergie est un surcoût pour le résident et lors de grand froid, les pièces sont difficilement maintenues à bonne température.

Ce cadre patrimonial vétuste et dépassé associé à l'évolution des dépendances est une réelle contrainte dans la prise en charge des personnes âgées. Il génère des comportements d'angoisse, d'anxiété ou d'oppression. Il dévalorise les personnes à mobilité réduite les faisant évoluer dans un environnement hostile à leur handicap. Il offre une image négative des résidents, rend difficile les conditions de travail et favorise l'usure professionnelle. Face à une population particulière pour qui l'accompagnement est sans cesse en évolution, des réponses spécifiques doivent être apportées. Comment y parvenir et maîtriser l'évolution de la dépendance physique et psychique dans un espace inadapté et perturbant ? La nécessité d'agir sur l'espace et de créer une réponse architecturale adaptée, évolutive et souple dans son fonctionnement apparaît indispensable.

1.4 Agir sur l'environnement architectural: une obligation récente garante d'une prestation de qualité

1.4.1 Adapter les structures aux besoins : une obligation récente

En 1962, le rapport Laroque préconisait de modifier l'habitat collectif destiné aux personnes âgées pour mieux respecter leur dignité. Récemment, des initiatives telles que le programme SEPIA (Secteur expérimental pour une programmation innovante de l'habitat des personnes âgées ; ministère des affaires sociales, du Logement et Plan Construction Architecture) et le programme PLHS (Plans locaux habitat services de l'union nationale des offices de HLM) ont traduit une volonté de diversifier l'habitat pour personnes âgées en concevant une offre plus conviviale et plus ouverte sur la vie sociale. Ainsi le programme SEPIA a vu le jour en 1989 dans une dynamique interministérielle afin de proposer aux acteurs locaux (opérateurs, élus, administratifs, gestionnaires) une démarche de travail pour concevoir un projet d'habitat concernant aussi bien l'adaptation de logements avec services que la construction de structures collectives. Cette méthode de travail et de programmation a pour caractéristique essentielle d'être souple et adaptable au contexte local en fonction de la clientèle visée et de la spécificité des situations locales. Il s'agit par une action sur l'habitat d'influer sur l'environnement de la personne âgée pour que l'offre s'adapte aux besoins et à leur évolution et non pas l'inverse. L'évaluation de ce dispositif a permis de comparer le coût d'investissement et de fonctionnement des différentes structures. Il en ressort que les structures offrant les plus grandes possibilités d'individualisation des services ne sont pas plus coûteuses, pour des niveaux de dépendance lourds.

C'est avec l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle qu'apparaissent véritablement des recommandations sur la qualité des espaces. La conception des espaces doit être la traduction de la spécificité d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes, en maintenant un juste équilibre entre lieu de vie, lieu adapté à la prise en charge de la dépendance et lieu de prévention et de soins. Ainsi, les espaces doivent préserver l'intimité du résident, de son entourage, la convivialité, le lien social mais aussi concilier liberté et sécurité. Le projet architectural doit en outre favoriser des modes d'accueil à la fois diversifiés et individualisés. La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante préconise dans son article II que l'architecture soit conçue pour répondre aux besoins de la vie privée, l'espace devant être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Le cinquième objectif du programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées d'octobre 2001 met l'accent sur l'architecture pour améliorer les structures d'hébergement.

Le Conseil régional se positionne également pour la promotion de la modernisation des établissements pour personnes âgées par reconstruction ou restructuration dans son programme 5 visant à renforcer la solidarité et les services aux personnes dans le cadre du contrat de plan état-région 2000-2006.

Le projet de réforme solidarité pour les personnes dépendantes évoque la rénovation du cadre bâti dans l'objectif d'améliorer l'hébergement collectif et médicaliser les établissements. Le plan prévoit d'encourager l'amélioration de l'architecture du grand âge sans plus de précision.

1.4.2 L'architecture au service de tous

Le résident doit pouvoir avoir confiance et évoluer dans un milieu qui lui assure son bien être notamment par la structure elle-même. Elle doit être adaptée à ses besoins, sa sécurité, ses habitudes et contribuer à le faire vivre en toute quiétude. A mon grand étonnement, le champ d'action de l'environnement sur l'homme est large et peut être très utile. Cette prise de conscience des incidences et influences des murs sur la vie quotidienne est récente. Elle apparaît dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle avec la psychologie environnementale qui conceptualise l'interaction entre l'homme et son environnement. Sensorielles, ces interactions sont extrêmement sophistiquées et pour une part inconscientes. Les hommes projettent dans l'espace des formes relationnelles comme une maison de retraite et l'environnement exerce en amont et en retour des effets psychophysiologiques sur les comportements humains. Il s'agit de prendre en compte ces informations et reconnaître leur influence. Pour qu'elle soit la plus stimulante possible, pour que les utilisateurs s'approprient les usages, la construction doit adapter ses formes aux attentes par une réflexion interactive et participative en amont du projet.

L'environnement influence le comportement. Les déficiences sensorielles du grand âge tels que les troubles de la vue, de l'ouïe ou du toucher peuvent altérer la perception, qui perturbe psychologiquement la personne pour développer des gênes physiques comme les troubles de la mémoire, du langage ou de la motricité. Ces bouleversements des repères provoquent des troubles du comportement auxquels un environnement adapté peut pallier en sécurisant la personne et en facilitant ses repérages dans le temps, l'espace pour conforter son autonomie. Sous cet angle, l'environnement devient un atout pour l'homme. L'exploitation de ce potentiel peut être très utile au maintien de l'autonomie et à la régulation des troubles du comportement.

En outre, l'environnement concerne ceux qui se l'approprient dans le cadre de leur travail. Les salariés souhaitent travailler dans de bonnes conditions pour exercer leur champ de compétences avec facilité et plaisir. La motivation des équipes s'en trouve influencée et l'implication de chacun accrue. Il est alors plus évident qu'une véritable culture d'établissement se construit avec le sentiment d'appartenance du personnel facilitant les adhésions aux différents projets. Chacun ayant des moyens confortables pour travailler en est reconnaissant et incité à donner le meilleur de lui-même.

Une maison de retraite réhabilitée ou reconstruite permet de se positionner correctement sur le marché, d'avoir un avantage concurrentiel qui fait la différence face à des exigences accrues de façon à obtenir puis conforter la confiance des personnes âgées donc de conserver des clients actuels et d'en acquérir de nouveaux. La modernité et la mise aux normes qualité préservent le savoir-faire ou le savoir-être qui sont primordiaux pour travailler en bienveillance auprès de la personne âgée et précieux lorsque l'offre de main d'œuvre est faible sur le marché.

1.4.3 Le lieu de vie, reflet de l'image de ses habitants

Si l'on en croit le référentiel d'évaluation externe basé sur la valorisation des rôles sociaux, la qualité des prestations des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est une exigence incontournable qui passe par l'intégration sociale de la personne âgée et donc par le regard que la société peut poser sur elle. Souvent dévalorisée aux yeux de la société, la perception de la personne âgée est tributaire d'un environnement culturel qui prône la santé, la beauté physique, la jeunesse, la nouveauté, la compétence, l'indépendance, la productivité, la contribution matérielle, l'individualisme et le plaisir. La personne âgée de par ses caractéristiques est exclue de ce système de valeurs et est fortement susceptible d'être dévalorisée. L'institution accentue cette perception par la concentration dans un même lieu de personnes âgées, dépendantes, malades et improductives. La société leur attribue alors un rôle social dévalorisé contre lequel l'amélioration de l'image et le développement des compétences peuvent être extrêmement bénéfiques. Le rôle de l'environnement dans lequel vit la personne âgée prend ici tout son sens et nécessite d'y être associé à une image positive. Parallèlement, le développement des compétences est indispensable et cette donnée renvoie à l'accompagnement fourni dans cet environnement. Aussi, l'espace et son organisation sont indissociables pour valoriser le rôle social de la personne âgée.

Au regard des dysfonctionnements relevés lors du diagnostic de la structure, il semble que les résultats soient bien en deçà des exigences requises par la norme, les résidents, le personnel ou le positionnement de l'établissement sur le marché du bassin d'attraction. Les risques d'accroître les handicaps organisationnels sont grands du fait de cette fragilité structurelle. Ils nécessitent d'être prévenus par la réflexion sur la faisabilité d'un projet architectural et sur l'accompagnement de cette démarche pour anticiper un changement de cette ampleur.

2 ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT PAR UNE NOUVELLE ORGANISATION

2.1 Le projet d'établissement : principes fondamentaux pour envisager une nouvelle conception architecturale

2.1.1 Une initiative délicate mais constructive

Très vite, il m'est apparu indispensable de réfléchir au projet d'établissement. Le dernier datant de 1996 et n'ayant pas été mis en application par manque de suivi, convaincre les acteurs n'a pas été chose facile. Il m'a fallu expliquer la démarche, lui donner du sens pour que l'organe institutionnel représenté par le comité de pilotage soutienne cette réflexion, qui, il faut le préciser, s'ajoute à celles menées dans le cadre de la démarche qualité comme je le préciserai ultérieurement. Le contexte ne se prête donc pas spécifiquement à cette démarche mais convaincue que tout changement serait pénalisé par l'absence de projet clair et défini, j'ai pu transmettre cette conviction aux acteurs.

Ainsi, en nombre restreint, il nous a fallu réfléchir sur les valeurs fondamentales de l'établissement. Ce sont celles évoquées dans la présentation de l'établissement sachant que la méthode utilisée fut le brainstorming avec des axes principaux de réflexion préétablis.

Plutôt que de coordonner les acteurs sur un projet global, il m'a semblé plus pertinent d'organiser le travail autour de micro-projets et ceci du fait du contexte particulier et de la sollicitation générale déjà suffisamment importante. Ainsi cinq thèmes sont retenus : le soin, les ressources humaines, le temps du repas, l'accueil et le séjour puis l'animation et la vie sociale. Les acteurs sont des volontaires à raison de cinq personnes par groupe encadrés par un membre du comité de pilotage, de la responsable qualité et de la directrice stagiaire. Nous avons souhaité que les groupes soient pluridisciplinaires avec la sollicitation des personnes directement concernées dans leur travail quotidien. Pour piloter les réunions de façon efficace, il m'a semblé intéressant de présenter au groupe des données pratiques facilement exploitables. Ainsi, pour chaque thème traité, les points forts et points à améliorer sont présentés. Ils découlent de l'autoévaluation, de l'analyse des boîtes à idées et des informations transmises de façon informelle. De plus, un tableau à compléter regroupant les objectifs, les actions, les moyens à mettre en œuvre, les indicateurs d'évaluation et l'échéance y est joint. Il s'agit de valider les objectifs pré déterminés par la convention

tripartite et de les compléter. Ainsi, le travail fait pour la convention tripartite est complètement intégré à la démarche de projet d'établissement et les deux se rejoignent pour ne pas alourdir le processus mais bien le conforter.

Si toutes les réponses à une meilleure prise en compte du résident ne peuvent être apportées sans modification architecturale, le projet prépare les équipes à travailler dans ce sens de façon à améliorer leur organisation transférable dans un lieu plus adapté.

De ces réflexions, les tableaux m'ont permis de dresser une projection pluriannuelle regroupant les items pour avoir une vision d'ensemble des objectifs à atteindre par trimestre sur cinq ans⁹. Les acteurs experts dans l'item traité sont ainsi responsabilisés pour lancer les actions au moment voulu avec l'encadrement du directeur et de la responsable qualité amenée à accorder son travail en fonction des échéances fixées.

2.1.2 Une projection d'organisation pour une réponse architecturale optimale

A ce projet d'établissement s'intègre la réflexion menée par le groupe de travail sur la réponse architecturale à apporter à l'obsolescence du bâti.

A) Les principes fondateurs d'une meilleure prise en compte du résident

Certains principes généraux d'organisation sont retenus comme base de réflexion.

La réponse architecturale quelle qu'elle soit devra être adaptée, évolutive et souple dans son fonctionnement, pour ne pas reproduire le schéma existant, tout en gardant le principe actuel de ne pas créer de discrimination sur l'accueil d'un type de dépendance. Il est primordial de continuer d'accueillir tous types de personnes âgées puisque les prestations de l'établissement doivent s'adapter à l'évolution de la dépendance et non le contraire.

Les objectifs sont d'assurer une réponse satisfaisante à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées, ne pas négliger la qualité de prise en charge des autres résidents dans le cadre de l'augmentation de leur niveau de dépendance, procurer aux résidents le sentiment de sécurité tout en conciliant une nécessaire liberté. Le projet doit mettre en place des unités à taille humaine pour favoriser la convivialité, l'autonomie dans leur fonctionnement et la responsabilisation des acteurs, privilégier l'intimité par des chambres individuelles et des espaces de vie appropriés. Offrir une meilleure qualité d'accueil en respectant la confidentialité des informations et en favorisant une intégration optimale de la personne est également un point fondamental. Enfin améliorer les conditions de travail de l'ensemble du personnel pour favoriser le développement des

⁹ Voir l'annexe 2 : Projection pluriannuelle du projet d'établissement

compétences est une donnée importante à prendre en compte dans la réflexion architecturale.

B) L'organisation retenue : le concept de sectorisation

Le groupe de travail de huit personnes pluridisciplinaires a opté pour le principe de sectorisation entre dépendance physique et dépendance psychique. Ainsi, une réponse adaptée à chaque niveau de dépendance est proposée et le caractère contenant des unités pour dépendants psychiques apporte la sécurisation nécessaire pour des personnes souvent agitées et angoissées au détriment des autres. Pourtant, si l'enjeu est grand, des contraintes existent et devront être prises en compte en affinant le projet. Une véritable politique de recrutement doit être formalisée pour maintenir un taux d'occupation viable pour la structure et éviter une incidence trop importante sur le prix de journée. Le projet de vie devra également envisager l'évolution de la dépendance et le transfert vers une unité spécifique avec l'anticipation qu'il nécessite, l'évaluation médicale de cet état de dépendance et la familiarisation de la personne à cette nouvelle unité pour éviter toute désorientation supplémentaire. Sur ces questions, la participation d'un médecin coordonnateur est recommandée pour qu'il soit en charge de cette répartition en fonction des besoins de chaque résident et de la disponibilité des lits.

L'enjeu de l'organisation des niveaux de prise en charge ainsi choisis est de permettre aux résidents de maintenir leurs capacités de vie et d'autonomie le plus longtemps possible dans un cadre adapté, dans le respect de leur choix et de leurs attentes.

C) La dimension architecturale qui découle du projet de vie

S'approprier l'espace en toute intimité :

La chambre doit être individuelle suffisamment grande pour pouvoir s'y déplacer sans difficulté et recevoir des amis ou de la famille. Elle devra être bien étudiée pour optimiser la surface et donc éviter les effets de seuil dans l'entrée. La configuration des chambres devra permettre une appropriation la plus large possible du résident, notamment par l'apport de mobilier personnel. Quelques chambres communicantes peuvent être prévues, offrant la convivialité des chambres doubles tout en permettant de respecter au mieux l'intimité de chacun. Chacun de ces lieux privés possèdera une salle de bain adaptée aux personnes à mobilité réduite.

Pour que la personne puisse véritablement se considérer chez elle, une réflexion pourra être menée sur l'entrée de ces espaces de façon à les personnaliser en prévoyant un endroit réservé sur la porte, excellent outil d'appropriation et de reconnaissance pour la personne, et à les faire considérer comme domicile par l'installation d'une sonnette et d'une boîte aux lettres par exemple.

L'accueil et les espaces de soins doivent également prendre en compte cette dimension d'intimité pour garantir la confidentialité des informations.

Cette intimité favorise le respect du désir du résident de participer ou non à la vie en collectivité qui sera d'autant plus appréciée si elle est souhaitée.

Privilégier la convivialité et le lien social

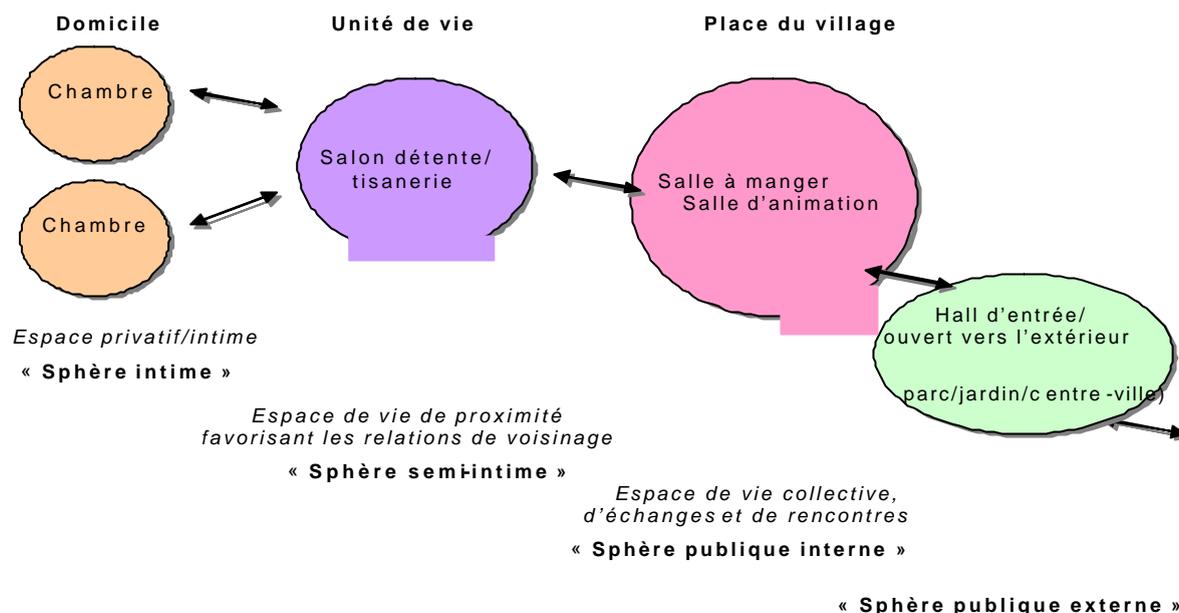
Les unités doivent être de petite taille avec des espaces de vie de proximité tels que des salons, des salles à manger pour favoriser les relations de voisinage et les activités en groupe restreint. Elles sont confortables et agréables reproduisant le schéma de la maison.

L'espace de vie collective, d'échanges et de rencontres représenté par la place du village doit être accessible directement aux visiteurs proposant différents services attractifs : une cafétéria, un espace coiffure, un espace de jeux et un kiosque où différents produits pourront être proposés à la vente.

Cette dimension d'ouverture sur l'extérieur est un principe fondamental. La proximité du centre bourg doit être recherchée pour inciter les visiteurs à fréquenter la maison de retraite, une attention particulière quant au choix du terrain s'il faut en changer, devra être portée. Le jardin de l'établissement peut être conçu de manière suffisamment attractive pour jouer le rôle de jardin public accueillant les promeneurs de la ville. Des jeux d'enfants aménagés confèrent à ces espaces verts un rôle intergénérationnel.

Au regard de ces deux premiers principes, le concepteur a une dichotomie importante à respecter : celle de privilégier l'intimité tout en développant des lieux de vie favorisant les relations sociales. En effet, il devra veiller à proposer des espaces privatifs qui soient sources d'équilibre et de repères, tout en introduisant une hiérarchisation dans les lieux à créer au sein de la structure pour favoriser les relations sociales : « *la sphère intime* », la chambre (un espace privatif à respecter) ; « *la sphère semi-intime* », l'unité d'hébergement (un voisinage et un personnel stables) ; « *la sphère publique interne* » à l'établissement (stimulation de l'activité physique, mentale et sociale) et « *la sphère publique externe* ».

Schéma de principe



Il s'agit ainsi de prendre en compte dans la conception des différents espaces une hiérarchisation entre eux.

- Les espaces privatifs : la chambre ou le domicile. Il est primordial que l'intimité de chaque résident soit préservée, car les relations de proximité pour être vécues positivement doivent être avant tout désirées et voulues. C'est pourquoi, le choix du maître d'ouvrage s'est porté sur la réalisation de chambres d'une surface de 22 m² disposant d'un cabinet de toilette (lavabo, sanitaire et douche) adapté aux personnes à mobilité réduite. En outre, la configuration des chambres proposée devra permettre une appropriation la plus large possible du résident, notamment par l'apport de mobilier, et éviter les effets de couloirs/seuil dans l'entrée de la chambre. La largeur des chambres devra offrir un minimum de 3,50m. Le Maître d'Ouvrage sera particulièrement sensible et attentif à la qualité fonctionnelle et technique (souci d'entretien et de maintenance) des chambres qui lui seront proposées. L'objectif est de permettre au résident de s'approprier le plus largement possible sa chambre en y transposant son domicile, son chez soi, par l'apport de mobilier personnel.

- L'espace de vie de proximité, des salons détente ainsi que les salles à manger devront être réalisés dans les unités de vie, afin de permettre les relations sociales qui pourraient être qualifiées de « voisinage » ;

- L'espace de vie collective, d'échanges et de rencontres : il s'agira essentiellement de la « place du village » et des activités qui s'organiseront autour, soient les fonctions d'ordre « communautaires ». Par ailleurs, au-delà de la conception de lieu de vie, il s'agira également à ce niveau de mettre en place des activités réalisées pour maintenir les acquis et entretenir des apprentissages de base à travers la fonction animation ;

- La « sphère publique externe » : les activités pouvant se dérouler à l'extérieur de la structure : le marché...

Préserver la santé

Le pôle soin doit être la réponse architecturale du projet de soins. La salle archivant les dossiers médicaux est attenante aux bureaux du cadre, du médecin coordonnateur, des infirmières et des médecins de façon à faciliter l'accès sans contrainte. Elle pourra être le lieu de rencontre de tous les professionnels de santé. Les médecins intervenant dans l'établissement ont été amenés à apporter leur concours pour adapter parfaitement les locaux à leur organisation de travail. Une zone d'attente située à l'extérieur de ce pôle pourra simplifier leur travail en réduisant le délai d'attente des patients.

Maintenir l'autonomie

La présence dans un établissement de masseur-kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes peut être moteur pour préserver et stimuler les capacités locomotrices des résidents. Pourtant, souvent ces soins ne sont que très peu exploités se réduisant à de la marche ou de la préconisation de matériel. Une salle et un équipement spécifiques peuvent contribuer à attirer ces professions pour qu'elles y développent leurs compétences et à obtenir des résultats en termes de maintien d'autonomie ou de prévention très probants.

L'accessibilité est un point important pour le projet architectural : la structure doit être de plein pied pour encourager les déplacements sans variation de niveaux. Le jardin doit faire l'objet d'un parcours extérieur adapté en dur et de préférence couvert représentant une véritable stimulation à l'éveil des sens endormis.

Les déficiences qui apparaissent au grand âge doivent pouvoir être prises en compte par un environnement adapté. L'architecture dans ce rôle est pensée pour apporter une réponse aux troubles de la vue par l'étude de l'éclairage et des couleurs, aux troubles auditifs en prenant en compte la dimension acoustique ou aux troubles du toucher par l'intervention d'un ergonomiste. Ainsi, la lumière doit être très présente agissant également sur l'état psychologique des personnes par le jeu de transparence et de l'ouverture des espaces ou de l'exposition des lieux de vie. La couleur peut faire l'objet d'un attachement particulier au delà de son aspect simplement décoratif, elle est perçue comme une sensation. Les couleurs franches attirent l'attention, ce qui est utile pour la signalétique des obstacles par exemple, d'autres sont apaisantes ou repoussantes. Pour pallier la presbyacoustie, trouble auditif fréquent, les hauteurs de plafond comme l'isolation phonique ou l'aménagement de locaux bruyants sont des paramètres à étudier. Si les résonances sont à exclure, le bruit peut être exploité de façon bénéfique avec la diffusion d'une musique d'ambiance apaisante.

Rationaliser le fonctionnement des installations

Les espaces doivent être suffisamment fonctionnels pour rendre les conditions de travail agréables, attirer les compétences et les développer. L'entretien et la maintenance doivent en être facilités. Des locaux techniques et plusieurs espaces de stockage sont correctement disséminés pour être accessibles sans trajet inutile et opérationnels. Un secteur personnel plus grand et mieux identifié comprend les vestiaires, un local syndical et une salle à manger propice à la détente et à la convivialité.

De plus, chaque entité doit respecter les normes de sécurité incendie, alimentaires et d'hygiène. Les circuits propre-sales seront étudiés. Les espaces doivent être suffisamment larges tout en bannissant la monotonie des lignes droites dans les circulations à connotation hospitalière.

Le sentiment de sécurité est très important pour le résident, l'environnement doit y veiller avec la protection des espaces extérieurs, l'éclairage suffisant des lieux de circulation, les boutons d'appels accessibles y compris dans les toilettes ou un système porté par la personne, des circulations sans obstacle et la visibilité de la présence du personnel soignant.

Les unités pour personnes désorientées

L'entrée en unité pour personnes désorientées dépend d'un diagnostic des troubles de désorientation. Le stade de la maladie pour laquelle la structure est destinée doit être défini sachant que des simples troubles mnésiques à la démence sévère l'évolution peut être rapide. Il est primordial de prendre en compte l'évolutivité de la maladie dans la conception architecturale de ces unités.

De taille humaine, ces unités fonctionnent en parfaite autonomie. La personne désorientée doit ressentir une attention et une écoute très présente. Le nombre de personnes accueillies ne doit pas dépasser la quinzaine pour rendre possible cet accompagnement de proximité qui rassure et apaise les angoisses. Pour les acteurs, cet effectif doit rester restreint de façon à rendre possible une attention de tous les instants favorisant un accompagnement individualisé dans des conditions de travail adéquates. Pour la personne âgée désorientée, un espace de vie de trop grande dimension risque de la perturber, de renforcer son sentiment d'égaré. Or, la structure doit faciliter ses repères pour réduire les troubles du comportement et promouvoir la quiétude des lieux.

L'espace ouvert tout en étant contenant allie liberté de déambulation et sécurité.
--

Chacun pourra se déplacer à sa guise dans un lieu dénué d'obstacle, d'impasse et régulé par la lumière. Des espaces extérieurs clos peuvent être aménagés dans un but thérapeutique de stimulations sensorielles, la végétation marquant les saisons.

L'agencement et la décoration des unités doivent refléter l'aspect de maisonnettes confortables rappelant le cadre de vie des personnes accueillies. Le principe d'aménagement de ces unités repose sur la présence d'un espace de vie central occupationnel où le résident est incité à participer aux activités dont il a l'habitude telles que la toilette, l'habillement, les temps de repas dans la cuisine thérapeutique ouverte et autres petites activités. Elles se construisent dans le cadre de projets de vie individualisés respectant les capacités et envies de chacun. L'objectif étant de fixer un cadre apaisant pour la personne lui permettant de maintenir ses facultés cognitives et sensorielles. Ainsi, les repas sont pris ensemble, résidents et accompagnateurs, autour d'une grande table conviviale. L'effectif en personnel doit être suffisamment qualifié pour apporter l'écoute et la bonne réaction face à la désorientation des personnes ainsi que pour prendre le temps de faire faire la personne plutôt que de faire à sa place.

Un espace bien conçu doit aider à la prise en charge soignante. Des indicateurs d'évaluation tels que la contention, le traitement médicamenteux ou les angoisses seront suivis.

Dans ce contexte, la famille doit être intégrée aux temps rythmant la vie des résidents tout en lui prodiguant l'écoute et le soutien nécessaire pour faire face aux pathologies de leur proche. Des espaces doivent être adaptés en conséquence.

L'aménagement de l'espace de vie principal demandera une attention particulière de la part du concepteur concernant la volumétrie, la décoration et la répartition de l'espace. Plusieurs espaces devront pouvoir être dégagés :

- Les chambres devront donner de manière directe dans l'espace occupationnel. Aucun couloir ne devra être à emprunter pour s'y rendre. Dans ce cadre, les concepteurs veilleront à utiliser le coefficient de circulation d'après le rapport SDO/SU donné autour de l'espace occupationnel pour faciliter la libre déambulation. Cet espace devra permettre ainsi aux résidents de marcher librement sans difficultés et de déboucher sur un jardin thérapeutique clos où des aménagements particuliers pourront être éventuellement réalisés afin de favoriser les exercices physiques, la déambulation et d'autres activités

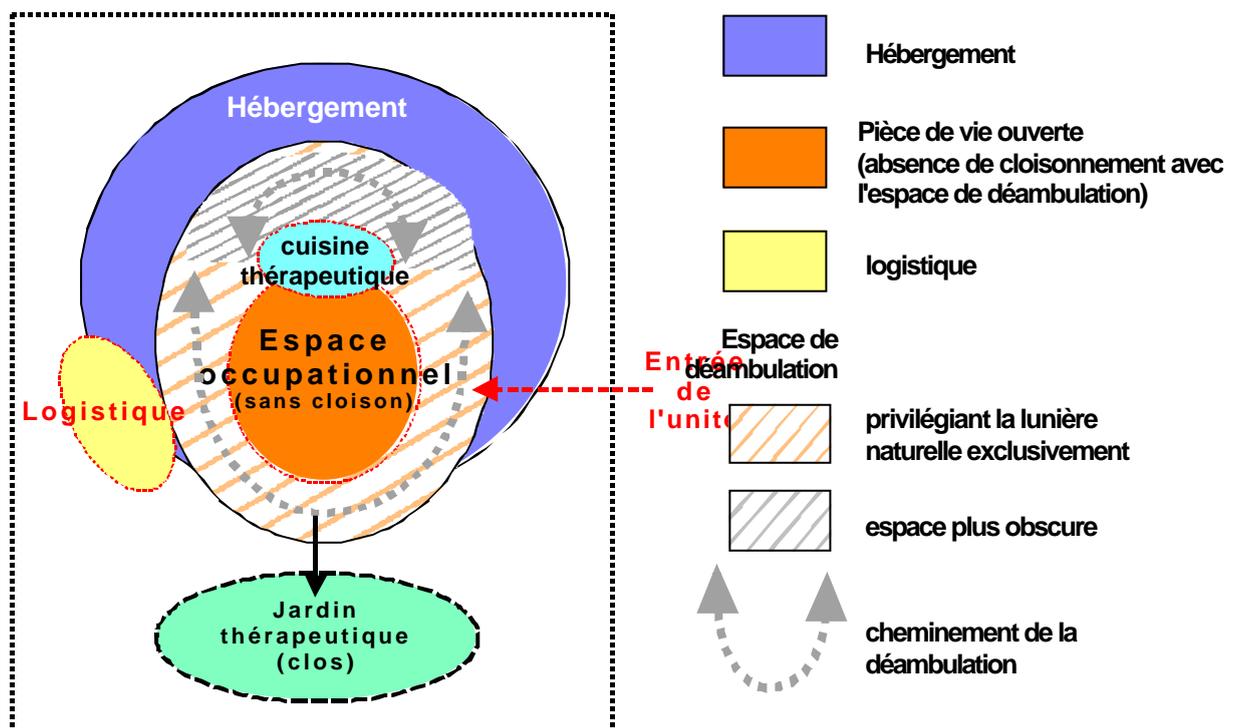
- un espace de type « cuisine thérapeutique » ouvert sur l'espace occupationnel : sa conception rappellera celle d'une « cuisine américaine » et environ 4 à 5 personnes pourront être présentes en même temps dans la partie préparation. Les murs seront équipés de rangement, un comptoir devra être installé avec une paillasse humide (évier 2 bacs). L'ergonomie de cet espace devra être particulièrement soignée pour répondre à l'utilisation de personnes âgées qui pourront à certains moments être en fauteuil roulant. Ce lieu sera central et aura un rôle fort d'animation, mais également de surveillance sur l'espace occupationnel et les espaces extérieurs ;

- Des séquences sous formes de mobilier seront aménagés au centre de l'espace de vie pour pouvoir dégager les espaces suivants : une salle à manger, un salon et une bibliothèque ;
- Cet espace de déambulation sera situé autour de l'espace occupationnel et desservira également les chambres.

Dans ces conditions, la conception de l'unité devra s'articuler pleinement autour de l'espace principal de vie qui devra être largement ouvert pour permettre les prises de lumières naturelles. Une progressivité de l'intensité lumineuse entre la porte du « domicile » (la chambre) et l'espace de vie devra être recherchée pour dégager des ambiances différentes selon les activités réalisées et les moments de la journée.

Les unités pour personnes désorientées doivent être intégrées parfaitement à la globalité de la structure. Elles sont regroupées aux autres sans distinction particulière.

Schéma de principes fonctionnels



2.2 Entrer dans une démarche qualité : un levier pour le changement

Mettre en place une démarche qualité correspond à plusieurs objectifs : améliorer le bien être des résidents en tenant compte des conditions de travail du personnel, rendre plus efficiente l'organisation des équipes et les services rendus pour que la personne accueillie en tire un bénéfice plus important, s'adapter à une nouvelle conception de l'organisation de la vie quotidienne de chacun en fonction de l'évolution des personnes accueillies et dans ce contexte particulier, créer une dynamique de changement.

Détecter les dysfonctionnements et faire réfléchir les acteurs à des propositions pour améliorer le service rendu en ayant pour objectif de placer le résident au cœur de la décision est une démarche indispensable pour faire évoluer la structure. Avant les réponses qui pourront être apportées par l'évolution de la structure, il apparaît indispensable de penser à l'organisation du travail de façon à pouvoir la reproduire dans la nouvelle structure avec les adaptations qui seront nécessaires. Si la démarche qualité s'inscrit dans le cadre d'une obligation réglementaire et d'une obligation de résultat lorsqu'un service est rendu, elle prend tout son sens avec le projet de reconstruction de la maison de retraite. En effet, une mauvaise organisation ne permettrait pas l'exploitation optimale du potentiel d'une nouvelle architecture.

2.2.1 La démarche employée

A) De l'autoévaluation à la réflexion de mise en œuvre en groupes de travail

L'autoévaluation basée sur le référentiel ANGELIQUE est un outil qui rend compte des points forts et points faibles de l'établissement. Réalisée fin de l'année 2002 avec l'aide d'un consultant extérieur, ce fut une démarche interne pluridisciplinaire. Cette intervention a apporté un regard extérieur sur l'organisation interne, a enrichi la réflexion par rapport aux expériences d'autres établissements et a donné du sens au projet de mise en place de la démarche qualité. Le groupe a évalué chaque service de la résidence en y apposant une notation et des observations de façon à en déduire des actions prioritaires à mettre en place. Ce travail a abouti à la réflexion sur vingt-neuf thèmes qui ont fait l'objet de fiches objectifs. Chaque fiche définit l'objectif, les références réglementaires s'y rapportant, les actions à mener, les moyens nécessaires, les indicateurs d'évaluation, les échéances de mise en œuvre et de mesure.

Un plan pluriannuel de la qualité en a découlé. Il fallait alors organiser la mise en œuvre de ces objectifs, de leur suivi et leur évaluation. La démarche qualité nécessite un fonctionnement adapté à l'institution. De plus, elle doit être pluridisciplinaire pour être comprise et intégrée par chaque acteur. Un organe consultatif devait être créé. Le groupe de pilotage s'est composé de membres volontaires appartenant à tous les secteurs de l'établissement. La démarche qualité devant être globale, tous les secteurs d'activité sont concernés, une réflexion pluridisciplinaire est indispensable. L'objectif prioritaire est alors de se doter d'une documentation qualité homogène et normalisée pour améliorer la communication, harmoniser les pratiques, résoudre certains dysfonctionnements, fixer des règles objectives, clarifier les responsabilités de chacun, disposer de documents accessibles à tous décrivant l'organisation de l'établissement et d'assurer la transparence du fonctionnement de l'établissement.

En parallèle, avec l'encadrement d'une consultante extérieure, trois groupes de travail ont été créés début 2003: le groupe « soins », le groupe « qualité de vie » et le groupe « qualité, hygiène et sécurité ». Ces groupes réunissaient systématiquement des membres volontaires qui se sont inscrits pour participer à la mise en route de la démarche qualité. Chaque groupe devait réfléchir sur les thèmes prioritaires définis par le plan pluriannuel de la qualité. Chaque groupe a été formé concernant les concepts, le vocabulaire, les outils de résolution de problèmes et surtout informé du sens de la démarche qualité à mettre en place. Ils ont été familiarisés à plusieurs outils tels que la roue de Deming ¹⁰, la fiche de défoulement basée sur des questions ouvertes, le « brainstorming » ou le cycle de vie d'un document qualité. Les membres ont donc pu travaillé sur différents objectifs.

Le groupe de pilotage a constitué « un guide méthodologique d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles¹¹ » pour savoir rédiger, maîtriser et classer la documentation qualité. Ainsi, le rôle de chaque intervenant dans la réflexion sur un sujet donné (rédacteur, valideur, approuveur, référents classeur qualité,...) est défini. La démarche à suivre est alors organisée, pensée pour que la diffusion de l'information, la mise en œuvre et l'implication de chacun soient les meilleures possibles face aux changements nécessaires. Ce guide est un outil indispensable puisque sans cette base, il n'existe pas de règles propres à la résidence de Lanvaux pour résoudre un dysfonctionnement, penser les méthodes de travail autrement, réfléchir aux actions de résolutions possibles ou rédiger des procédures qualité.

¹⁰ Le principe de la roue de Deming est de procéder à une amélioration, de vérifier que le résultat obtenu correspond à l'attente par l'évaluation, qu'il est stable, et de recommencer.

¹¹ Voir l'annexe : « Guide d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles »

Le groupe « qualité, hygiène et sécurité » a réfléchi sur un protocole de « signalement des chutes et d'analyse des causes ».

Le groupe soins a mené une réflexion sur les transmissions.

Le groupe qualité de vie a démarré une réflexion sur l'amélioration des petits déjeuners dont l'exemple sera approfondi et sur l'animation avec la réalisation d'une enquête de satisfaction des résidents et du personnel.

B) Les points forts de la démarche

a) *L'encadrement du processus par un expert*

Toutes ces réunions étaient pilotées par une consultante extérieure du cabinet MQS¹². Sa participation s'est arrêtée en décembre 2003, sa mission se terminant, tout du moins pour l'encadrement des réunions. De cette expérience, une vingtaine de personnes ont été formées à l'appréhension de la démarche qualité et plusieurs actions ont été démarrées.

L'appel à un expert en démarche qualité représente l'assurance d'être guidé pour le directeur, dans cette entreprise délicate aussi bien en termes d'orientation, de compréhension que d'adhésion du personnel. Un « médiateur » neutre et de terrain est un critère de réussite de la conduite de ce projet. L'adhésion et la participation des acteurs s'en sont trouvés facilités.

Pourtant, le positionnement du directeur doit rester clair et structurant. Il impulse la démarche et donne les grandes orientations. Son rôle est également d'encadrer la démarche pour la réorienter si certaines incertitudes apparaissent.

De plus, il lui est conféré notamment par les équipes, le rôle d'être le moteur des projets institutionnels forts. Il donne du sens à la démarche, éclaire les objectifs pour que chacun y trouve une raison d'agir, de dépasser les difficultés et d'y apporter une participation. Sa présence et ses encouragements sont nécessaires.

b) *La communication*

D'où l'importance de communiquer. La communication est un bon moyen pour convaincre et partager. Elle répond à un triple besoin : besoin de connaissance, reconnaissance et d'interconnaissance. Le message doit alors être cohérent avec les décisions prises, les moyens alloués, et avec les actions qui en découlent. Il doit être pertinent et proche de la réalité pour être envisageable et envisagé. Les exposés doivent être clairs pour que chacun puisse en saisir le but. Enfin, le directeur doit savoir porter de la considération aux personnes

¹² MQS : Management de la Qualité en Santé

par l'écoute, le respect et le regard porté sur le travail réalisé. Il lui appartient de soutenir et de féliciter les équipes lorsque un effort important est fourni et que des résultats apparaissent. Les acteurs s'en trouvent valorisés et leur implication encouragée.

Il nous a donc semblé important que le message soit véhiculé auprès de tous les agents. Début 2004, la démarche qualité a commencé depuis plus d'un an. Le personnel y participant largement, chacun sait qu'une formation globale est en cours et qu'une procédure de changement est engagée. Pourtant, les objectifs peuvent apparaître flous pour certains et l'adhésion est loin d'être certaine. Il faut redonner du sens à la démarche. A l'occasion de la fin de la mission de la consultante, il m'a paru important de faire une réunion générale de tout le personnel pour évoquer le travail réalisé en 2003. J'ai mis l'accent sur les différentes « grands chantiers de 2003 », les réflexions en cours et celles à mener prochainement. Les moyens alloués ont également été évoqués pour valoriser le soutien financier de la démarche.

c) Les moyens consacrés à la démarche qualité

Les moyens débloqués pour mettre en œuvre la démarche qualité sont nécessaires. Ils représentent un budget important. C'est un accompagnement souhaitable au regard des sollicitations supplémentaires que la démarche qualité entraîne. Aucun moyen débloqué pourrait vite user le personnel et décourager les efforts en cours.

Pour que les réflexions et formations soient pleinement bénéfiques et intégrées, l'effectif des équipes ne doit pas en subir les conséquences. Les heures de regroupement et de formation ont donc été récupérées, ce qui représente un cumul d'heures important.

De plus, une formation sur un an du personnel après l'autoévaluation, à raison d'une journée par mois pour une douzaine de personnes y a été consacrée.

Au cours de l'avancement des travaux, l'obligation d'assurer le suivi de la démarche est devenu indispensable. Une responsable qualité a été recrutée à plein temps pour poursuivre la démarche qualité et mettre en œuvre les décisions que le groupe de pilotage avait prise. Après consultation des établissements voisins et lieux de stage, il s'est avéré que cette situation était unique. La majorité des établissements forment une personne appartenant déjà à l'effectif pour mener à bien cette mission sans que la personne ne soit attachée uniquement à ce domaine puisqu'elle exerce en parallèle souvent une autre fonction telle que de l'animation, du soin ou du travail administratif.

Enfin, pour accompagner les mises en place l'achat de matériel qui peut être conséquent s'y ajoute. C'est ce que nous allons voir avec la procédure utilisée pour la mise en place du petit déjeuner en chambre.

2.2.2 La mise en place du petit déjeuner en chambre : Exemple d'une action motrice pour le changement transposable à une organisation en petites unités

A) Le cadrage du projet

a) *Initialiser le projet*

Cette première étape nécessite d'étudier l'opportunité du projet pour décider ou non de le lancer.

La réflexion sur le petit déjeuner est née sous l'impulsion du directeur suite à différents constats : - un délai de jeûne trop important avec quinze heures d'intervalle entre le dîner et le petit déjeuner alors que la période maximale ne devrait pas dépasser douze heures,

- un délai d'attente important des résidents qui sont placés dans les couloirs après les toilettes et restent de 7H10 à 8H30 à attendre l'heure du petit déjeuner,
- et un problème de rationalité d'emploi du personnel.
- De plus, les couloirs étant longs et étroits, l'accompagnement des résidents par les agents représentent trente à quarante cinq minutes de transfert.

L'établissement n'ayant pas de salons intermédiaires dans les services, le petit déjeuner est servi dans les salles à manger, laissant le personnel restreint pour s'occuper des personnes alitées et en chambre. La division des deux salles à manger et l'éloignement pour l'une de la cuisine centrale nécessite la présence de deux agents dans l'office pour assurer le débarrassage et le nettoyage du matériel utilisé lors du petit déjeuner.

Suite à l'évolution de la dépendance des personnes accueillies, à la saturation de la structure, l'organisation nécessite d'être repensée de façon à être transposable dans une nouvelle structure en fonction du schéma organisationnel choisi.

Ces besoins exprimés, l'opportunité a du être étudiée en termes d'objectifs, de changement, d'implication des acteurs, d'impacts organisationnels et humains, d'exigence de qualité, de coûts et de délais de mise en œuvre.

Les objectifs sont - d'ajuster l'heure de la prise du petit déjeuner au plus près du réveil du résident afin de favoriser leur bien être et leurs habitudes antérieures,

- d'avancer l'heure de la prise du petit déjeuner pour diminuer le délai de jeûne trop important actuellement,
- de favoriser le service du petit déjeuner en chambre pour les personnes non autonomes dans leur déplacement, ceci de façon à répondre au besoin de

- rationalisation aussi bien du personnel de cuisine que des services d'hébergement en réduisant les temps de transferts
- et de conserver prioritairement le degré d'autonomie des personnes autonomes en leur laissant le choix quant au lieu de la prise du petit déjeuner.

b) Lancer le projet

Pour analyser et confirmer les objectifs, la visite d'un établissement extérieur ayant mis en place le petit déjeuner en chambre et deux enquêtes ont été réalisées.

La première, par questionnaire a été menée pour recueillir auprès des résidents leur sentiments sur le projet. Cette enquête a plusieurs caractéristiques : elle est transversale car elle étudie le groupe de population de référence, sociologique car elle a pour but de rechercher des informations sur le groupe social donné et elle se fait par échantillonnage puisque l'échantillon est représenté par les résidents.

Cette enquête aboutit à deux grands types de données : des faits qui tiennent des individus, de leur environnement et du contexte ainsi que des attitudes qui expliquent ce qui pousse à l'action, aux choix, aux comportements ou aux opinions.

De plus, elle a permis d'obtenir des résultats quantifiables. L'analyse de ces résultats fait apparaître qu'une majorité de résidents désireraient conserver le petit déjeuner en salle à manger. Compte tenu des autres objectifs, répondre à cette exigence ne répond que partiellement aux dysfonctionnements évoqués dans la phase d'initialisation. En revanche, elle confirme l'objectif de maintenir le service en salle à manger pour des personnes autonomes dans leur déplacement¹³.

La seconde enquête à destination du personnel a consisté à évaluer leur conception de l'organisation du travail face à la mise en place du petit déjeuner en chambre et amener l'ensemble du personnel à une conduite de changement.

La visite de la maison de retraite de Saint-Jean-Brevelay devait permettre d'observer l'organisation du service du petit déjeuner en chambre et de mesurer les avantages et les inconvénients rencontrés par les équipes. Des tableaux d'observation en ont découlé sur le service lui-même mais également sur la toilette des résidents et l'entretien des chambres, deux tâches qui croisent l'horaire du petit déjeuner et doivent être repensées en parallèle.

¹³ Voir l'annexe 3: Résultats de l'enquête pour la réflexion sur la mise en place du petit déjeuner en chambre

B) La conduite du projet

Cette étape suppose la compréhension des acteurs du sens de la démarche et de son bien fondé. Pour envisager une nouvelle organisation, chaque unité a pu tester ce service en chambre par la mise à disposition de chariots de distribution. Les acteurs ont pu ainsi avec l'aide de la responsable qualité comparer les meilleurs produits et les adapter parfaitement à l'organisation voulue. Un long travail d'observation, d'implication et de négociation avec les fournisseurs est nécessaire pour aboutir à un matériel parfaitement adapté. L'investissement doit être un atout pour chacun, le produit d'une réflexion commune et la satisfaction de l'aboutissement d'un travail.

Cette période test est l'occasion pour chacun des services d'apprendre à travailler autrement, de façon coordonnée puisque les IDE pour la distribution des médicaments, les services d'hébergement qui distribuent le petit déjeuner ainsi que la cuisine pour la préparation des chariots et le self en salle à manger interviennent dans ce processus. Chacun avec ses contraintes, ses exigences et ses envies a dû penser la démarche dans sa globalité en intégrant le travail en amont et en aval. C'est cette dimension qui est particulièrement intéressante puisqu'elle implique une participation pluridisciplinaire, un dialogue, un esprit d'équipe favorisant une nouvelle culture dans l'établissement et l'ouverture du champ de vision de chacun.

Trois groupes se sont réunis pour établir des protocoles formalisant la préparation du petit déjeuner, le service du petit déjeuner en chambre, la distribution et l'administration des médicaments au petit déjeuner.

C) L'évaluation de la mise en œuvre et de l'adhésion des acteurs à la démarche

Un suivi important pendant trois mois à l'aide de fiches d'observations et de remontées d'informations au comité de pilotage a apporté les ajustements nécessaires à une coordination et une harmonisation des pratiques optimales pour la réussite du projet.

Les objectifs de départ sont atteints puisque le délai de jeûne a été réduit d'une heure et demi, l'attente des résidents également. Le service en self en salle à manger contribue au maintien de l'autonomie des résidents. En chambre, les personnes sont satisfaites de ce service de proximité, plus personnalisé, favorisant un contact plus chaleureux.

Cette action de par sa réussite, son aspect très concret, a donné tout son sens à la démarche qualité et a abouti à l'implication du personnel parfois réticent au départ.

Cette nouvelle organisation donne à chacun les moyens de fonctionner sur ce temps du petit déjeuner par petites unités puisque si la structure ne se divise qu'en quatre services de trente personnes, les services du petit déjeuner fonctionnent à présent par sous unités de quinze. Cette configuration correspond à celle envisagée par le projet d'établissement pour la future structure.

Ce changement d'organisation à prévoir pour intégrer un nouvel environnement dans de bonnes conditions doit s'accompagner d'une implication plus prégnante du personnel, une adhésion aux projets de la maison de retraite optimale pour qu'ils se les approprient.

C'est cette mesure du changement d'attitude et d'adhésion qui est importante pour évaluer le contexte dans lequel doit être menée la réflexion sur la réponse architecturale à apporter.

Les entretiens individuels avec le personnel furent l'occasion de mesurer le comportement et l'état d'esprit de chacun par rapport à ce projet. Chaque personne est alors évaluée et catégorisée en plusieurs groupes. Les acteurs pouvant être des « alliés » au projet regroupent les engagés et les déchirés qui, de par leur vécu ne croient plus aux solutions proposées. Les acteurs susceptibles d'être « détracteurs » du projet se divisent en deux sous-catégories. L'une représente « le marais » où les acteurs risquent de faire échouer le projet et l'autre « les opposants » au changement¹⁴. Le projet étant transversal l'ensemble du personnel est concerné par cette évaluation. L'indicateur retenu est l'écart entre l'évaluation menée avant la conduite du projet et celle réalisée en aval du projet après sa mise en œuvre.

L'évaluation de l'adhésion des infirmières, aides-soignantes, aides-médico-psychologiques et agents des services hospitaliers

	Avant la mise en place du petit déjeuner en chambre		Après la mise en place du petit déjeuner en chambre		
Les engagés	33%	66%	↗	38%	89%
Les déchirés	33%		↗	51%	
Le marais	19%	22%	↘	10%	10%
Les opposants	13%		↘	0%	

Les résultats sont très satisfaisants puisque l'adhésion au changement s'accroît pour s'imposer face une résistance de 10% des acteurs.

L'évaluation de l'adhésion du personnel des services logistiques et administratif

	Avant la mise en place du petit déjeuner en chambre		Après la mise en place du petit déjeuner en chambre		
Les engagés	23%	87%	↗	33%	83%
Les déchirés	64%		↘	50%	
Le marais	0%	12%	↗	11%	16%
Les opposants	12%		↘	5%	

Pour ces acteurs, le résultat est plus mitigé.

¹⁴ Ces profils sont tirés de la synthèse d'une formation sur « la conduite de changement » de « GALATA ORGANISATION ».

Pourtant d'une façon globale, l'ensemble des acteurs est entré dans une spirale de changement avec laquelle ils évoluent. Cette méthode ne doit pas faire oublier le biais possible de la subjectivité de l'évaluation. Leur adhésion a été évaluée par rapport à la globalité des projets et non pas sur la mise en œuvre du petit déjeuner exclusive. Ce projet est parfaitement intégré dans l'organisation du travail, les dysfonctionnements apparus ont été résolus et les acteurs paraissent convaincus ce qui est très positif pour les projets à venir.

3 GENESE D'UNE REPOSE ARCHITECTURALE

Depuis 2000, les instances sont alertées du degré d'urgence d'entreprendre une réflexion menant à la « refonte » complète de l'établissement afin de répondre à l'évolution rapide du profil des résidents accueillis. La première question à se poser est celle du choix entre une reconstruction et une réhabilitation. De nombreux critères confortent la même option ce qui va faciliter la prise de décision pour le directeur et le lancement de la réflexion sur la faisabilité du projet.

3.1 Reconstruire ou réhabiliter ?

3.1.1 Le statut de locataire : un statut contraignant

Le statut de locataire n'a pas pu permettre à l'établissement d'amortir les locaux ce qui ne garantit pas la ressource nécessaire pour faire face à la vétusté de la structure. Quelle que soit la solution la plus opportune, les finances de l'établissement n'ont pas intégré de somme affectée à la construction puisque cette somme a été prise en charge par BSH. L'effort de départ n'ayant pas été fourni, l'établissement se trouve dans la situation de le faire dorénavant s'il veut être propriétaire de ses locaux en reconstruisant le bâtiment sur un autre terrain ou de négocier avec le propriétaire bailleur pour que ce soit lui qui finance les travaux nécessaires.

Le statut de locataire implique de faire confiance au propriétaire pour les grosses réparations. Or, de l'expérience de la résidence de Lanvaux, il ressort que les travaux sont rarement faits en temps et en heure (pour preuve l'attente de la réparation des fenêtres occasionnant une gêne pour les résidents à la limite de l'insupportable) et que le droit de regard du Directeur est alors écarté (d'un sas automatique prévu, la restructuration de 1993 a abouti à des portes classiques, non adaptées sources d'une pollution sonore et d'une perte d'énergie non négligeable et ceci, sans que le directeur n'ait pu contester). L'autonomie d'action du directeur s'en trouve contrainte et ce sont les usagers qui en subissent directement les conséquences avec l'incompréhension que ça génère pour tous.

3.1.2 Une autonomie possible en 2006

Une réflexion a été menée avec le propriétaire bailleur, Bretagne Sud Habitat (BSH) depuis 2001. Trois réunions ont eu lieu : un entretien le 21 décembre 2001 avec le Directeur de l'OPHLM (BSH), une réunion le 29 juillet 2002 et une le 14 avril 2003 retraçant les éléments d'analyse financière à prendre en considération dans le cas d'une éventuelle cessation d'exploitation des bâtiments existants.

Le financement s'est fait par prêt HLM Ordinaire à taux très bas (2,95%) mais avec une durée de remboursement très longue.

Les échéances des remboursements sont les suivantes :

1 ^{ère} tranche	TRAVAUX	Echéance du prêt	2 ^{ème} tranche	TRAVAUX	Echéance du prêt
	1968/1969	2007		1974/1975	2013
	2011		2016		
1987	2003	1993	2016		

L'établissement est lié au propriétaire bailleur par une convention annuelle reconductible tacitement. La faculté de dénoncer cette dernière est contrebalancée par le fait que la commune est solidaire à 100% du remboursement des emprunts contractés par BSH lors de la construction et réhabilitation de l'établissement.

Dans l'hypothèse où la maison de retraite quitterait les locaux fin 2006, le reliquat d'emprunt à rembourser serait de :

513 305€ (171 689€ pour le 1^{er} bâtiment et 341 619€ pour le 2^{ème})

Le remboursement anticipé du reliquat par l'établissement pourrait s'articuler de la manière suivante.

La provision pour grosses réparations de 419 000€ déduite des grosses réparations à prévoir de 150 000€ soit 269 000€ est normalement acquise au propriétaire mais peut éventuellement être déduite de la somme due.

Les montants d'emprunts arrivés à échéance sont reconduits en vue de réhabilitations futures. Les annuités de 2003 à 2006 représentent 190 000€.

En conséquence, la différence entre ce qui sera dû et nos capacités propres de remboursement anticipé d'emprunt lors de la restitution de l'établissement à BSH en fin 2006 est de : $513\,305 - 459\,000 = 54\,305€$

Ces éléments sont plutôt favorables puisque la somme restante due est finançable .

3.1.3 Les contraintes d'une restructuration

Pourtant, restructurer pose des difficultés.

L'expérience des restructurations montre que la technicité utilisée n'est pas adaptée à la prise en charge des personnes âgées. BSH n'a pas considéré la population pour laquelle les restructurations étaient destinées. L'adaptation des locaux aux personnes à mobilité réduite a été négligée.

De plus, réhabiliter sous-entend une opération tiroirs. Il s'agit de faire déménager les personnes par à coup pour pouvoir effectuer les travaux avec également un inconfort pour tous durant toute la durée des travaux. Une autre solution est possible : les faire vivre ailleurs. Certaines personnes travaillant à la résidence racontent l'avoir vécu une fois. Les résidents étaient accueillis dans des hôtels ou des établissements voisins et le personnel se délocalisait. Cette situation ne peut être envisagée pour les personnes accueillies aujourd'hui, beaucoup moins valides, la structure doit être médicalisée. Le surcoût engendré par un tel déménagement, sans parler du traumatisme pour certains pour qui il paraît inconcevable d'imposer un tel dérangement et la complexité de l'organisation à envisager sont des arguments pesant lourdement en défaveur de toute réhabilitation.

Si l'effort d'investissement est important pour reconstruire, l'impact financier d'une réhabilitation aurait été tout aussi important avec les désagréments occasionnés puisque, le nouveau code des marchés publics oblige le directeur à faire un appel d'offre avant de déléguer sa fonction de maître d'œuvre à BSH et ne peut donc plus bénéficier automatiquement des prêts intéressants de BSH. Dans la situation où BSH n'est pas retenu, le rachat du bâtiment se serait imposé. Une restructuration de ces locaux serait alors une opération excessivement onéreuse.

De plus, investir représente l'avantage certain d'être propriétaire et maître de la construction tout en renflouant la trésorerie par l'amortissement du bâtiment, ce qui manque cruellement aujourd'hui puisque le plan de financement d'un projet de cette ampleur ne peut se baser sur cette « mise de départ ».

En outre, aucune perspective d'évolution foncière n'est possible sur le site. Réhabiliter nécessiterait une surface de terrain beaucoup plus importante ce qui est apparu comme un argument suffisant à lui seul pour opter pour la reconstruction.

3.1.4 Envisager l'avenir de la structure existante

Aussi, après ces réflexions et des visites effectuées auprès de directeurs ayant dû se poser les mêmes problématiques comme à Questembert par exemple, le conseil d'administration a pris la décision de reconstruire en totalité l'établissement sur un autre terrain. Suite aux conseils de Madame VIEUX BLED, directrice de la maison de retraite de Questembert accueillant quatre-vingt personnes et de son expérience, BSH doit faire partie intégrante de la négociation pour avoir son soutien dans cette démarche, entretenir de bonnes relations et déterminer ensemble le devenir des locaux de la structure de façon à garantir l'intérêt général.

Aussi, une fois la décision de reconstruire prise, une réflexion sur le devenir des locaux a suivi. Dans un premier temps, gardant son caractère social, le bâtiment pourra accueillir les résidents de la maison d'accueil spécialisée, qui projette de restructurer ces locaux. Une coordination des deux projets sera nécessaire. Par la suite, l'exploitation du bâtiment pour des logements sociaux est envisageable ou même la revente qui ne posera pas de difficulté au regard du prix cadastral du terrain et de l'explosion de la demande de terrain sur GRAND CHAMP.

Le choix se porte aisément en faveur de la reconstruction. Cependant, le projet architectural devra tenir compte des besoins, du foncier et surtout des orientations politiques qui l'encadrent de façon contraignante.

3.2 Les contraintes politiques et géographiques

Plusieurs réunions nous ont semblé nécessaires à cette étape du projet pour obtenir le soutien des autorités et leur vision de l'offre à prévoir sur le territoire.

Un positionnement fort de la Direction Générale des Interventions Sanitaires et Sociales en faveur de la construction de structures à taille humaine implique un projet sur deux sites de façon à ne pas dépasser la taille optimale de quatre-vingt cinq lits. Cette directive, peut être vue comme une contrainte puisqu'elle entraînera d'évidents coûts de fonctionnement supplémentaires mais elle a l'avantage de présenter un cadre de recommandations semblables pour tous les projets.

Du fait de la forte demande sur le Morbihan de construction de structures d'accueil pour personnes âgées avec la création de nouvelles places, le soutien des autorités est apporté pour un projet de cent dix lits soit une restriction de treize lits. La démonstration des besoins

en forte croissance par l'étude présentée n'a pas été suffisante dans la négociation de la capacité de la future structure.

Ces deux recommandations seront suivies pour pouvoir obtenir les subventions attribuées lors de reconstruction. Je me suis rendue compte alors, que le pouvoir de négociation du directeur dans une situation concurrentielle est restreint. De ce fait, il m'a semblé indispensable d'associer ces décideurs à toutes les étapes du projet.

A ces contraintes politiques s'ajoutent des contraintes de faisabilité foncière.

Un projet de cette ampleur nécessite deux terrains de taille importante. La recherche d'une surface adaptée : suffisamment spacieuse, la pente n'excédant pas 10% et à proximité du centre bourg pour maintenir le lien social par l'accompagnement des résidents dans la vie de la cité ou la fréquentation de l'établissement par des personnes extérieures, sont des critères de qualité du terrain. Par la suite, une négociation devra s'engager entre le maire et les propriétaires pour convenir de la vente et de son estimation sachant que le foncier sur GRAND-CHAMP, et particulièrement en centre bourg, a pris beaucoup de valeur ces dernières années, du fait de la proximité de VANNES et du golfe.

Au regard de l'étude de besoins du bassin d'attraction et des contraintes politiques, la construction d'une nouvelle structure est envisagée sur deux sites : un de quatre-vingt lits sur la commune de GRAND-CHAMP et un de trente lits sur la commune de LOCMARIA-GRAND-CHAMP. Les prestations offertes doivent être spécifiques et variées de façon à prévoir des réponses adaptées à l'évolution de la dépendance physique et psychique à savoir des unités d'hébergement classique pour personnes à mobilité réduite, des unités pour la dépendance psychique, trois lits d'hébergement temporaire pour mettre en place une prise en charge de jour ou de nuit à destination des résidents présentant une détérioration intellectuelle (le site secondaire présentant une accessibilité particulièrement propice à ce service), un lit d'urgence pour assurer une médicalisation optimale sans restreindre l'objectif principal de qualité de vie, un service de portage de repas pour accompagner le maintien à domicile, rompre l'isolement et détecter les besoins en amont de l'institutionnalisation et enfin, le développement de l'accompagnement en fin de vie par la création d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Ce cadre défini, d'une recherche de l'organisation fonctionnelle découlant du projet d'établissement, découlera l'étude de faisabilité, étape primordiale pour la prise de décision.

3.3 Estimer la faisabilité du projet, étape indispensable pour prendre la décision de le lancer

3.3.1 Les étapes d'un projet de construction

S'engager dans la conduction d'un projet architectural est une démarche ambitieuse, risquée et laborieuse.

A) La responsabilité du maître d'ouvrage

En effet, le maître d'ouvrage est responsable. Pour délimiter cette responsabilité, il est intéressant de reprendre la définition juridique du maître d'ouvrage. Le Code civil dans son article 1791 désigne « le maître » comme la personne qui « paie l'ouvrier en proportion de l'ouvrage fait ». L'article 1792 stipule que « tout constructeur d'un ouvrage est responsable de plein droit, envers le maître ou l'acquéreur de l'ouvrage ». L'article 1794 donne au « maître » le pouvoir de « résilier par sa seule volonté, le marché à forfait, quoique l'ouvrage soit déjà commencé en dédommageant l'entrepreneur de toutes ses dépenses, de tous ses travaux et de tout ce qu'il aurait pu gagner dans cette entreprise ».

La loi du 12 juillet 1985 sur la maîtrise d'ouvrage publique, dite loi MOP, dans son titre 1^{er}, stipule que « le maître d'ouvrage est la personne morale pour laquelle l'ouvrage est construit ». Ce statut implique pour le maître d'ouvrage d'être performant dans ses prises de décisions et les moyens d'actions au regard de la population accueillie, son entourage proche, le personnel de l'établissement, les partenaires du projet, les autorités de tarification et les financeurs.

Cet élément s'alourdit avec la prise de risque découlant des contributions financières engagées.

Enfin, un projet architectural de cette ampleur doit respecter des étapes indispensables au bon déroulement d'une construction.

B) Les études préliminaires

L'intention d'investir nécessite dans un premier temps, des études préliminaires qui vont confirmer ou infirmer la possibilité de conduire le projet. Ces études permettent de définir le projet, ses objectifs et ses contraintes. Elles participent au jugement de la faisabilité du projet. La faisabilité dépend de nombreuses contraintes : politiques (autorisation de construire,...), techniques (études géotechniques des terrains,...), organisationnelles (réflexion à de nouvelles organisations de travail,...), sociologiques (création d'un nouveau

cadre de vie pour des personnes âgées,...), administratives (obligation réglementaire,...), temporelles (délais de réalisation,...), matérielles (disponibilité des terrains,...) et financières (capacités budgétaires du maître de l'ouvrage,...). Elle est évaluée au regard de la confrontation des objectifs, des contraintes et des opportunités. Les études de faisabilité qu'il sera important de décrire pour comprendre la démarche suivie à la résidence de Lanvaux, font partie intégrante de la programmation.

C) La démarche de programmation

La démarche de programmation peut être organisée en plusieurs étapes modulables selon la méthodologie utilisée.

Elle suppose dans un premier temps une réflexion préalable sur la nature profonde des objectifs à atteindre et des besoins à satisfaire.

A partir des objectifs et des besoins fondamentaux du maître d'ouvrage le préprogramme doit être élaboré. Il existe trois méthodes principales :

- la méthode «en aveugle » au cours de laquelle, le programmiste traduit en fonction de ses connaissances et de ses données personnelles les objectifs et besoins du maître d'ouvrage ;
- la méthode par enquête auprès des utilisateurs ;
- et la méthode fonctionnaliste avec laquelle le programmiste détermine la surface à affecter à un local dont il a soigneusement recensé toutes les fonctions. Ces fonctions sont ensuite traduites sous la forme de contraintes ergonomiques, géométriques et dimensionnelles.

Le préprogramme est dans un premier temps **provisoire**. Il comprend la présentation de l'opération, le rappel des objectifs et les besoins fondamentaux du maître d'ouvrage, les données caractéristiques des sites de construction pressentis, les principes de fonctionnement, les besoins exprimés sous la forme d'un programme de surfaces et de schémas des principales liaisons fonctionnelles, la liste des contraintes, le rappel des textes réglementaires, la liste des exigences principales du maître d'ouvrage, le calendrier prévisionnel de l'opération et l'évaluation du montant de l'opération.

Puis, le préprogramme est enrichi par un débat entre le programmiste, le maître d'ouvrage et les utilisateurs pour aboutir au **préprogramme définitif**. L'échange portera sur la pertinence des organisations et surfaces envisagées. Cette concertation nécessite d'être organisée pour ne pas se révéler inflationniste ou conduire à un projet irréaliste, voué à l'échec.

L'étape ultime de la démarche de programmation se concrétise par le **programme technique détaillé**. Pour éviter que les programmes ne se limitent à une liste de locaux et de surface, le décret du 17 mai 1974¹⁵ le définit. Les exigences principales du préprogramme y sont complétées par des exigences complémentaires de fonctionnalité traduisant l'analyse ergonomique des tâches à accomplir dans un local déterminé.

La démarche de programmation suivant ces différentes étapes observe ainsi une consolidation progressive du programme depuis l'identification des objectifs fondamentaux du maître d'ouvrage jusqu'à la définition du niveau de qualité des prestations techniques. L'expression des objectifs qualitatifs ne doit pas être un obstacle à la liberté de création ou de choix du concepteur. Le niveau de qualité exigé ne se traduit donc pas en solution technique ou architecturale.

D) Les missions du maître d'œuvre

Il sert de référence pour lancer un concours d'appel à candidature des **maîtres d'œuvre**.

Les missions des maîtres d'œuvre ont suivi plusieurs évolutions réglementaires. Avant 1973¹⁶, il n'y avait pas de définition réglementaire. La rémunération globale de ces missions était croissante en fonction du montant des travaux réalisés. Ce qui pouvait provoquer des dépassements de budget et la mise en concurrence favorisant la compétitivité n'était pas une règle obligatoire. Suite à ces constats, le décret du 28 février 1973 impose des règles strictes de normalisation des missions du maître d'oeuvre et d'engagement de leur part sur des objectifs de délai et de coût de réalisation des opérations. Les missions normalisées apparaissent mal adaptées pour assurer une bonne conception des bâtiments et l'articulation avec les entreprises. La loi MOP fixe les bases d'une nouvelle réglementation des marchés publics d'architecture et d'ingénierie et le décret de 1993¹⁷ définit les nouvelles missions de maîtrise d'œuvre. La réglementation distingue désormais les éléments de mission de maître d'oeuvre pour les opérations de construction neuve de celles pour les opérations de réutilisation et de réhabilitation.

Une fois le maître d'œuvre choisi, ses études doivent aboutir à un **avant-projet sommaire**. Il a pour objet de préciser la composition générale en plan et en volume, d'apprécier les volumes intérieurs et l'aspect extérieur de l'ouvrage, de proposer des dispositions techniques

¹⁵ Décret n° 74-569 du 17 mai 1974 relatif au programme technique détaillé.

¹⁶ Décret n°73-207 du 28 février 1973 relatif aux conditions de rémunération des missions d'ingénierie et d'architecture pour le compte des collectivités publiques par des prestataires de droit privé.

¹⁷ Décret n°93-1268 du 29 novembre 1993 relatif aux missions de maîtrise d'œuvre confiées par des maître d'ouvrage publics à des prestataires de droit privé, JO du 1^{er} décembre 1993.

pouvant être envisagées, de vérifier la compatibilité de la solution avec les contraintes du programme et du site, d'établir une estimation provisoire du coût prévisionnel des travaux.

Il précède l'**avant-projet définitif** qui définit les surfaces détaillées de tous les éléments du programme, arrête en plans, coupes et façades les dimensions de l'ouvrage et son aspect, décrit les principes constructifs, matériaux et installations techniques, établit l'estimation définitive du coût prévisionnel des travaux en lots séparés, et permet au maître d'ouvrage d'arrêter définitivement le programme.

Le maître d'œuvre procède ensuite aux **études de projet** qui définissent la conception générale de l'ouvrage en précisant¹⁸ : les éléments de la construction, l'implantation et l'encombrement de ces éléments, les tracés d'alimentations et d'évacuations des fluides, le coût prévisionnel des travaux par corps d'état pour que le maître d'ouvrage arrête le coût prévisionnel de la réalisation de l'ouvrage et ces coûts d'exploitation et enfin le délai global de réalisation de l'ouvrage.

Sur la base de ces études approuvées par le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre a pour mission de l'**assister pour la passation du contrat de travaux**¹⁹. Cette assistance consiste en la préparation de la consultation des entreprises, la préparation de la sélection des candidats et l'examen des candidatures obtenues, l'analyse des offres des entreprises et la préparation de la mise au point permettant la passation du ou des contrats de travaux par le maître d'ouvrage.

Les **études d'exécution** vont permettre la réalisation de l'ouvrage²⁰. Elles ont pour objet d'établir les plans d'exécution et des spécificités à l'usage du chantier, un devis quantitatif détaillé par lot ou corps d'état, le calendrier prévisionnel d'exécution des travaux par lot ou corps d'état et la mise en cohérence technique des documents fournis par les entrepreneurs et la maîtrise d'œuvre.

Lorsque ces études sont partiellement ou intégralement réalisées par les entreprises, le maître d'œuvre examine **leur conformité** au projet et si elle est vérifiée, y appose son visa.

Le respect de ces études par les documents d'exécution de travaux et les travaux en cours sera vérifiée par la direction de l'exécution du contrat de travaux²¹.

Puis, l'ordonnancement, la coordination et le pilotage du chantier vont analyser les tâches élémentaires définies pour homogénéiser les interventions de chacun.

¹⁸ Décret du 29 novembre 1993, article 5.

¹⁹ Décret du 29 novembre 1993, article 6.

²⁰ Décret du 29 novembre 1993, article 8.

²¹ Décret du 29 novembre 1993, article 9.

Le maître d'ouvrage peut se faire assister pendant les opérations de réception et pendant la période de parfait achèvement²².

3.3.2 L'étude de faisabilité pour décider²³

Les résultats de l'étude de faisabilité précisent certains questionnements indispensables à la bonne conduite du projet. Elle évalue la compatibilité du terrain choisi avec la fonctionnalité du projet, les besoins financiers et la situation financière de l'établissement, les écarts des besoins en moyens humains, l'organisation de travail en fonction du projet d'établissement envisageable et les contraintes de tous ordres telle que la réduction de la capacité d'accueil de l'établissement qui diminuera le nombre de journées avec pour conséquence la baisse des ressources de l'établissement.

Cette étape est stratégique et délicate puisqu'elle va orienter la prise de décision du maître d'ouvrage sur l'engagement de la conduite du projet architectural. Le directeur n'étant pas expert pour mener ces études, il a fait le choix de se faire assister dans cette mission.

A) Le choix d'un assistant à maîtrise d'ouvrage

Pour le choix de l'assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO), j'ai fait une consultation des assistants à maîtrise d'ouvrage. Il m'a semblé important de définir précisément la prestation attendue et les critères de choix pour retenir un candidat. Cinq entreprises furent consultées, trois ont répondu.

L'assistant du maître de l'ouvrage n'a pas d'attribution définie de façon légale, réglementaire ou normative. L'assistant est chargé d'identifier les réflexions menées sur le projet, analyser les situations concrètes de travail dans tous les domaines professionnels représentés dans l'établissement de façon à poser des recommandations et des propositions pour le projet à venir. A partir du projet d'établissement et du diagnostic, de simulations sur les situations futures, une organisation future du travail sera déterminée puisque c'est elle qui engagera les choix architecturaux et non pas le contraire .

Cette mission d'assistance auprès du maître d'ouvrage peut intégrer la participation d'un ergonomiste qui peut également être sollicité pour la programmation, le choix du maître d'œuvre, la conception, l'actualisation du programme, l'approbation et la validation des

²² Décret du 29 novembre 1993, article 11.

²³ Voir l'annexe 4 : Documents de l'étude de faisabilité

études, le suivi de la construction, la réception de l'ouvrage ou l'évaluation de l'appropriation par les utilisateurs.

Ainsi, l'ergonome peut être intégré au projet par le maître d'œuvre. Il est alors considéré comme un prestataire porteur d'une technicité particulière et apportera des repères dans la conception sur le travail futur ou comme un conseiller pour l'étude de faisabilité. Sa participation au projet facilite l'interaction avec le maître d'ouvrage et une réelle collaboration avec l'architecte.

Il peut également être sollicité par le maître d'ouvrage et être incité à réagir sur des propositions élaborées par les concepteurs ou participer à la définition des objectifs du projet.

Les principales motifs de remise en cause partielle ou totale d'une opération de construction peuvent être :

- des délais non compatibles,
- un coût trop élevé qui doit conduire à revoir les scénarii organisationnels choisis lors de l'étude en s'assurant de l'opportunité,
- des techniques délicates,
- des difficultés administratives qui nécessitent de rechercher une solution spécifique.

L'assistant du maître d'ouvrage a pour rôle également d'anticiper ces contraintes en informant le maître d'ouvrage. Sa connaissance des rouages d'une opération de construction, de ces délais et des liens existants entre chaque phase peut permettre de pallier ces obstacles. Pour exemple, il précise les périodes propices à la réunion du conseil d'administration pour valider chaque étape du projet, il informe des précautions à prendre concernant l'achat des terrains comme d'avoir la garantie de l'inscription de la vocation du terrain dans le plan local d'urbanisme ou de prioriser les terrains appartenant à un seul propriétaire... Cette fonction de conseil n'est absolument pas négligeable et confère au maître d'ouvrage une sécurité et un atout supplémentaire pour réussir la conduite de l'opération.

B) Localisation et caractéristiques de l'emprise foncière considérée

Le projet de construction est envisagé sur deux sites.

Le site principal se situe au sud de la commune de GRAND-CHAMP. Il correspond à une superficie de 18 835 m² répartie sur trois parcelles organisées en triangle. Il appartient à deux propriétaires avec qui les négociations sont en cours.

La situation est idéale puisque le centre du bourg est à 300 m, un projet d'aménagement d'un parc à proximité est en cours. L'école maternelle avec laquelle de nombreux échanges intergénérationnels existent déjà, est voisine.

L'ensemble des données transmises à ce jour ne permet pas de définir les contraintes d'implantation et d'organisation au sol qui s'imposeront. En outre, la commune révisé actuellement son Plan Local d'Urbanisme.

Il n'existe pas d'accès suffisant aujourd'hui. La construction d'un rond point à la sortie du bourg devrait permettre la réalisation d'une déviation externe qui assurerait un deuxième accès à l'arrière du terrain.

La stimulation d'organisation au sol envisagée à partir de l'organisation définie en groupe semble difficilement envisageable de plain pied compte tenu de la forme de l'emprise foncière²⁴. Deux hypothèses semblent possibles :

- Positionner sur deux niveaux les deux unités de 32 et 33 lits ;
- Transférer sur l'autre site la buanderie et la cuisine.

La première hypothèse déroge au projet de vie et la seconde accentue les coûts et les déplacements entre les sites. Une troisième voie est pourtant envisageable : agrandir la parcelle convoitée.

Le deuxième site se situe sur la commune de LOCMARIA à 7 km de GRAND-CHAMP et à proximité de la route départementale reliant VANNES à LANNION. La superficie du terrain est d'environ 22000 m². Le terrain présente une déclivité de 2,3% d'ouest en est. Il appartient à la commune et le maire, apportant un soutien fort au projet, est prêt à le vendre à un tarif très intéressant. La taille du foncier permet d'accueillir largement les besoins de la construction envisagée.

L'accès par la route départementale prédispose l'établissement à proposer de l'accueil temporaire. La proximité d'un bar restaurant avec son terrain de pétanque est un atout, la commune de petite taille ne présentant pas de nombreux commerces.

La voie rapide occasionne du bruit, inconvénient sur lequel il faudra être vigilant pour qu'il soit pris en considération par le maître d'œuvre.

C) La traduction du projet d'établissement

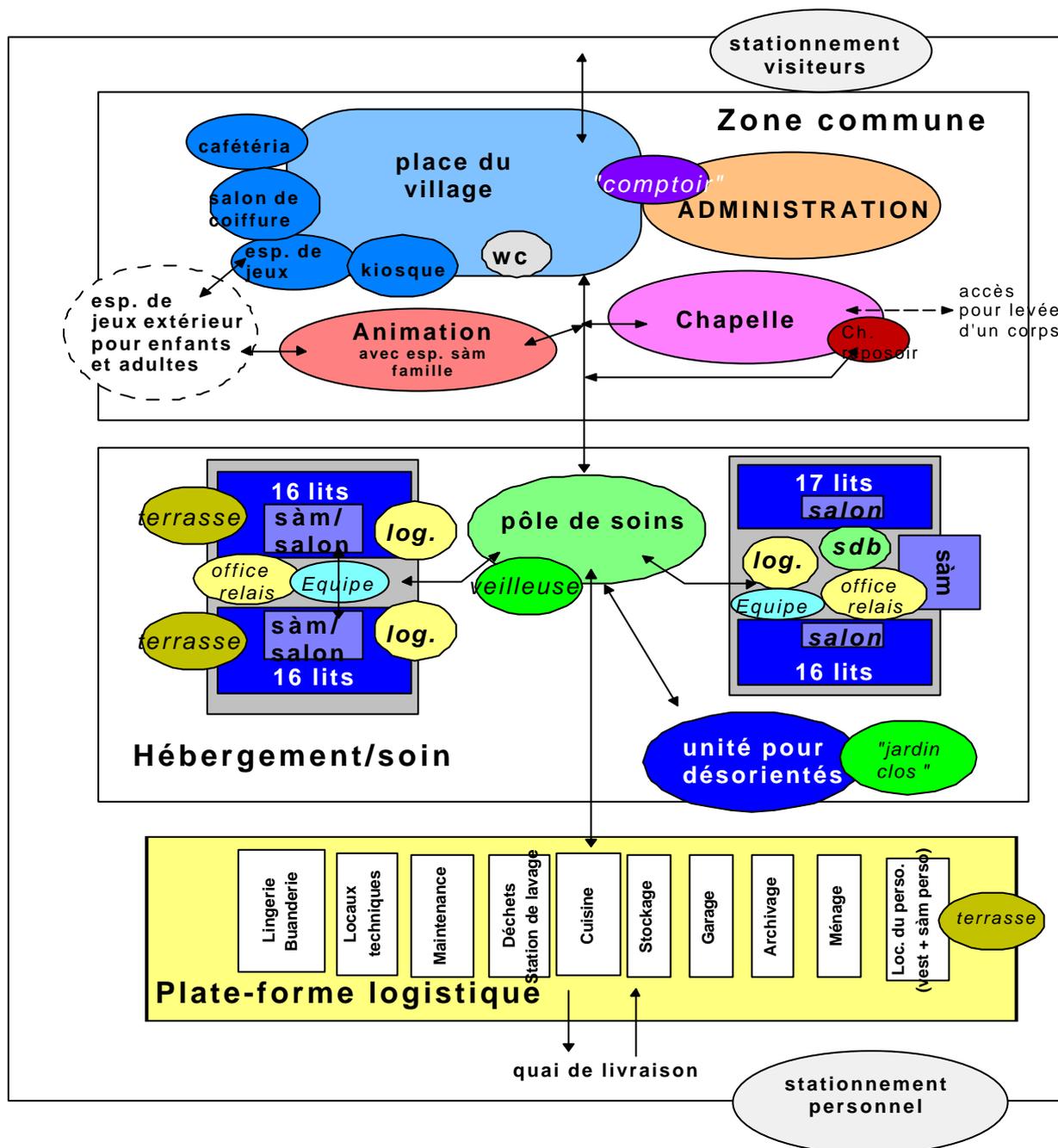
Selon les principes fondateurs, le groupe de réflexion a établi l'organisation fonctionnelle qui correspondrait le mieux au projet de l'établissement.

²⁴ Voir l'annexe 4, le cinquième document sur la proposition d'organisation au sol du site principal.

a) Organisation fonctionnelle du site principal

L'entrée générale de l'établissement devra être en liaison directe avec le parking visiteurs et être facilement identifiable depuis la voie publique. Les accès livraison devront être à l'opposée des flux visiteurs afin d'éviter les croisements de flux. Un stationnement spécifique pour le personnel devra être mis en place.

La structure présente sur le site principal disposera de trois zones : une zone commune, une zone hébergement – soins et une plate-forme logistique²⁵.



²⁵ Voir l'annexe 4, le premier document sur le schéma général d'organisation et le quatrième sur l'expression des besoins du site principal.

La **zone commune** comprendra deux entités directement accessibles depuis l'entrée, et deux autres en retrait.

La « **place du village** » soit l'espace directement accessible aux visiteurs, de conception ouverte, donnera sur plusieurs autres espaces :

- **Un comptoir accueil** sera directement visible et accessible en entrant dans l'établissement, il aura pour rôle de renseigner les visiteurs, mais également de préparer l'accueil des nouveaux entrants en offrant de manière contiguë un petit salon permettant la confidentialité d'un entretien tout en conservant une vue sur l'entrée de l'établissement. Dans la continuité du comptoir se situera la zone administration ;
- **Une cafétéria** où les visiteurs, les résidents ou le personnel pourront s'y croiser, il devra présenter un aménagement convivial permettant son appropriation par tous ;
- **Un espace coiffure ;**
- **Un espace de jeux** qui se poursuivra sur l'extérieur
- **Un kiosque** où différents produits pourront être proposés à la vente ;

La **zone administration** comprendra plusieurs bureaux : un bureau secrétariat (1 poste – prévoir des placards intégrés) attenant à un espace d'archivage, un bureau de Direction comprenant un espace réunion (3 à 4 personnes), un bureau pour la personne responsable de la comptabilité, un bureau pour la personne responsable des ressources humaines, un bureau pour la personne responsable de la qualité, un bureau polyvalent, un local de reprographie et une salle de réunion.

Enfin, deux autres espaces formeront la zone commune, mais ils seront davantage en retrait. Il s'agira de :

L'espace animation qui devra être en mesure d'accueillir l'ensemble des résidents de l'établissement et des familles, et le personnel soit environ 140 personnes, lors de manifestations ponctuelles (Noël, Pâques, représentations théâtrales ...). En dehors, une partie de cet espace sera utilisé pour offrir une salle à manger aux familles, soit un espace d'environ 25 à 30 m² séparé par des claustras. Un bureau devra être aménagé pour l'animatrice ;

La chapelle devra offrir une capacité d'environ trente places et sera composé d'une estrade (hôtel). Par ailleurs, une chambre reposoir devra être réalisée à l'extrémité de la chapelle et accessible directement depuis cette dernière par le biais d'une porte. Ce lieu devra permettre aux familles de se recueillir (aménagement de type salon). Il disposera également d'un accès depuis la circulation interne de l'établissement ainsi qu'un accès direct sur l'extérieur pour permettre la levée d'un corps (prévoir une voirie de desserte).

Puis, la **zone « hébergement/soins »** est envisagée.

La circulation principale de la structure devra donner depuis la place du village directement sur le pôle de soins pour permettre de renseigner les visiteurs. Cette zone devra être à équidistance des 3 unités d'hébergement, l'unité pour personnes désorientées pouvant être plus éloignée.

« **le pôle de soins** » comprendra : un bureau cadre infirmier, un bureau infirmier (capacité 6 personnes), le local veilleuse, une salle de soins (propre (avec coin pharmacie) – sale), un espace avec un lit accessible depuis la salle de soins et la circulation , un bureau de consultation avec une zone attente située dans la circulation et une salle d'activité physique servant à la fois pour l'ergothérapeute, le kiné, et la gym douce.

« **la zone hébergement** » comprendra :

Deux unités de 32 à 33 lits pour personnes dépendantes physiques divisées en sous 2 sous unités de 16 à 17 lits. Leur conception sera différente, afin de permettre à l'une d'entre elle de basculer à terme en unité pour personnes désorientées. Ainsi, il se dégagera deux conceptions :

Conception A : l'unité sera divisée en deux sous unités comprenant chacune un salon et à l'interface se situera un pôle commun comprenant : un espace logistique relais, une salle de bains avec baignoire à hauteur variable, un office relais, la salle à manger et la salle de l'équipe ;

Conception B : l'unité sera divisée en sous unités « autonomes ». En effet, chacune d'entre elle comprendra : un salon et une salle à manger dans un même volume, pour mettre en place à terme un espace dit « occupationnel », une salle de bains, et des locaux de logistiques relais. Les seuls espaces communs seront la salle de l'équipe qui devra communiquer directement avec les deux espaces occupationnels dégagés à terme, et l'office relais. Il va de soit que la conception de ces sous unités devra s'inspirer de celles mis en avant au niveau des unités pour personnes désorientées : les chambres devront donner directement sur l'espace occupationnel...

Une unité pour personnes désorientées de 15 lits dont un lit d'accueil temporaire, ainsi qu'un espace de repos pour les personnes venant en accueil de jour.

Les services de logistique seront desservis par une voie de livraison-réception distincte de la voie d'accès résidents – visiteurs de l'établissement. Une aire de livraison permettra la réception des marchandises avec un braquage suffisant pour les camions.

Les services généraux feront partie intégrante de la structure : des liaisons verticales et/ou horizontales permettront l'acheminement des « marchandises » vers les unités. Il est à noter que le garage pourra être détaché de la structure.

Pour la cuisine²⁶, la liaison chaude sera maintenue en semaine et une liaison froide « partielle » pour le WE. La production sera d'environ 250 repas par jour y compris la trentaine de repas pour le service portage. En outre, une extension de capacité d'environ 10 à 15 % devra être mise en place, la capacité de la cuisine devra permettre de produire environ 280 repas. Une zone spécifique de conditionnement des repas destiné au portage à domicile devra être prévu. Cette zone pourra également servir au conditionnement des repas en vrac pour le second site dans la mesure où il sera mis en place un accès direct sur l'extérieur pour faciliter le chargement des véhicules. Il est à noter que les petits déjeuners seront préparés au niveau des offices relais présents au niveau des unités ou dans la cuisine thérapeutique.

- Le mode de distribution sera généralisé en vrac ;
- La production de repas en liaison chaude en semaine sera maintenue ainsi que la possibilité d'être en liaison froide pour le WE.
- La plonge vaisselle est à prévoir au niveau de offices relais mis en place ou de la cuisine thérapeutique pour l'unité pour désorientés au niveau du site principal

La lingerie-buanderie²⁷ continuera à fonctionner sur le mode existant : traitement du linge des résidents, du linge plat et du linge en forme. L'organisation préconisée devra tenir compte de la marche en avant et de la présence à terme de 2 machines sceptiques/aseptiques.

Les magasins – ateliers maintenance devront disposer d'un atelier avec un établi – plan de travail, d'un magasin pour permettre de stocker le petit matériel (ampoule, pièces diverses ...), un garage permettant l'accueil de 2 véhicules et du matériel lié à l'entretien des espaces verts, et un local produits dangereux. Il pourra être détaché de la structure principale.

Un secteur personnel sera identifié : il comprendra deux vestiaires un pour les hommes (20 %) et un pour les femmes (80 %), ils disposeront chacun de douches, toilettes et lavabos. De même, un local syndical sera mis en place et une salle à manger pour le personnel donnant sur une terrasse extérieure.

Un local sera réservé à la fonction ménage, il comprendra : un espace qui devra être central permettant de stocker les chariots afin de permettre l'entretien de tous les locaux communs. Ce local comprendra également une réserve pour les produits d'entretien (des rayonnages devront être prévus à cet effet).

²⁶ Voir l'annexe 4, le deuxième document sur le schéma d'organisation de la cuisine.

²⁷ Voir l'annexe 4, le troisième document sur le schéma d'organisation de la lingerie-buanderie.

Les locaux techniques à créer auront un accès direct sur l'extérieur.

En outre, un local déchet sera créé, il pourra être équipé d'un compacteur (à préciser) avec une station de lavage à proximité de la cuisine, mais à l'extérieur, il disposera d'une autre station de lavage permettant de laver à grande eau ;

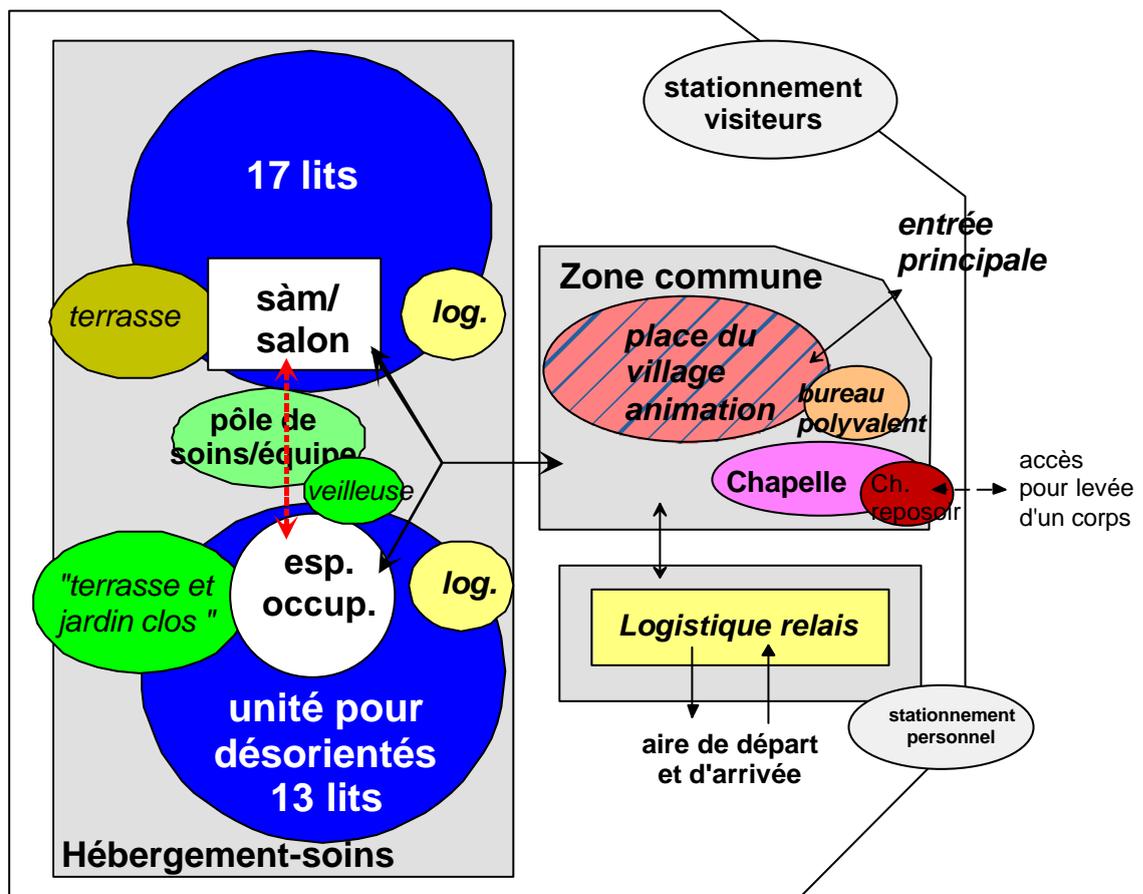
Plusieurs espaces de stockage seront identifiés : usage unique, matériel type fauteuil, déambulateur, lit médicalisé ..., archives mortes.

b) organisation fonctionnelle du second site

L'entrée « visiteurs » de la structure devra être facilement visible depuis la voie publique et se situer à l'opposée des départs et arrivées de logistique, afin d'éviter les croisement de flux. Un stationnement spécifique pour le personnel devra également être mis en place à proximité de la logistique relais.

La structure présente sur ce site disposera de trois zones principales : une zone commune, une zone hébergement – soins et une plate-forme logistique²⁸.

Schéma d'organisation



²⁸ Voir l'annexe 4, le dernier document sur l'expression des besoins relatifs à ce site.

La **zone commune** comprendra plusieurs entités :

- « **la place du village** » soit l'espace directement accessible aux visiteurs. De conception ouverte, elle servira également de lieu d'animation pour l'unité de 17 lits pour personnes dépendantes ;

- **un bureau polyvalent** situé à proximité de l'entrée et qui permettra d'avoir une bonne visibilité;

- **une chapelle** qui pourra accueillir un office pour environ 15 personnes avec une chambre reposoir donnant avec un accès

Depuis la place du village, on pourra se diriger vers la **zone « hébergement/soins »** qui se composera :

- **d'une unité pour personnes dépendantes physiques de 17 lits** dont 1 lit temporaire conçu de manière évolutive pour pouvoir accueillir à terme des personnes désorientées. Ainsi, la salle à manger et le salon seront conçus dans un même volume et les chambres donneront directement sur cet espace ;

- **une unité spécifique pour personnes désorientées de 13 lits** dont 1 lit d'accueil temporaire ;

- **d'un pôle de soins** composé d'une salle de soins (propre-sale) et d'une partie bureau infirmier à l'interface des 2 unités. Il devra permettre de se rendre sans espace de circulation spécifique directement soit dans la salle à manger/salon de l'unité de 17 lits ou dans l'espace occupationnel de l'unité pour désorientés.

Si l'unité pour personnes désorientées sera « fermée » en permanence, en revanche, l'autre unité sera ouverte pour disposer d'un accès facile à la place du village. Toutefois, la conception proposée devra permettre de fermer ensuite en fonction du besoin l'unité de 17 lits.

La **zone logistique relais** aura des fonctions qui seront rendues nécessaires par l'éloignement de la structure principale pour lui permettre de fonctionner de manière normale soit : l'office relais, le secteur du personnel : vestiaire, local syndical, les locaux liés à la fonction lingerie avec des accès directs depuis l'extérieur, un atelier-maintenance avec un garage pour l'entretien des espaces verts, un local ménage, un local déchet avec une station de lavage, des locaux techniques et des locaux de stockage.

D) L'incidence financière de la section d'exploitation sur le prix de journée

L'organisation en sectorisation par niveau de dépendance implique un nouveau ratio plus consommateur en personnel du fait de l'autonomisation de petites unités et des unités « Alzheimer » très consommatrices. Du fait de la réduction de la capacité d'accueil, il est nécessaire de planifier les besoins de demain en équivalent temps plein pour gérer de façon prévisionnelle les emplois et les compétences. Il ne s'agirait pas de se retrouver dans la situation de réduire nos postes en équivalent temps plein une fois les agents stagiairisés. De plus, la position du directeur doit être claire car l'implication de chacun est de plus en plus prégnante mais l'inquiétude apparaît aussi au regard de cette incertitude.

Pour les services de soins et d'hébergement :

Désignation	IDE	AS / ASH / AMP	
		Matin	Après Midi
SITE PRINCIPAL			
Unité Alzheimer (15 lits)	2,5 IDE (6 h 45 - 14h50) 1 IDE (11h10 - 19h15)	1 AMP/ASH (6h45 - 14h50)	1 AMP/ASH (10h00 - 18h05)
Unité Dépendance phys (33 lits)		1 AMP/ASH (7h40 - 15h45)	1 AMP/ASH (12h10 - 19h45)
Unité Dépendance phys (32 lits)		3,5 AS/ASH (6h45 - 14h50)	2,5 AS/ASH (13h10 - 20h45)
		3,5 AS/ASH (6h45 - 14h50)	2,5 AS/ASH (13h10 - 20h45)
AUTRE SITE			
Unité Alzheimer (12 + 1 lits)		1 AMP/ASH (6h45 - 14h50)	3 AMP/ASH (10h00 - 18h05)
Unité Dépendance phys (17 lits)		1 AMP/ASH (7h40 - 15h45)	
		2 AS/ASH (6h45 - 14h50)	
Ss Total	110 lits	3,5 IDE	23 AS / ASH / AMP
Détail des postes compl. à créer		+ 0,5 IDE	+ 2,5 AS / ASH / AMP

ratio actuel (AS/ASH/AMP)	0,167
nouveau ratio induit	0,209

Par jour, pour garantir le bon fonctionnement de l'organisation choisie, il est nécessaire d'avoir 23 aide-soignants (AS) - agents de service hospitalier (ASH) - agent médico psychologique (AMP) et 3,5 infirmières (IDE).

Dans l'hypothèse que cet effectif est nécessaire tous les jours, que les agents travaillent 199 jours par an (104 repos hebdomadaires, 25 congés annuels, 2 congés « hors saison », 1 congé fractionné, 13 jours de récupération, 2 repos pour la sujétion des 20 dimanches et jours fériés, 1 jour « fête des mères », 18 jours de récupération du temps de travail) soit :

$$199 \times 7 \times 36 = 1512 \times 40$$

L'effectif en équivalent temps plein nécessaire est de :

$$(23 \text{ agents} \times 7 \times 36 \text{ de travail par jour} \times 365) / 1512 \times 40 = 42,18 \text{ AMP/AS/ASH}$$

Aujourd'hui, pour une capacité de 123 lits, l'effectif en ETP est de 40,7, elle devra être augmentée demain pour répondre aux nouveaux besoins. Ainsi, en supposant que l'analyse financière le permette, l'information sur ce point peut être rassurante pour les agents

contractuels et encourageante pour les personnes investies dans le projet puisque l'effectif serait plutôt révisé à la hausse qu'à la baisse.

L'effectif des IDE en ETP reste le même auquel un cadre IDE doit s'ajouter notamment pour assurer la coordination du projet de soins sur les deux sites.

Concernant les autres services, un ETP supplémentaire pour assurer l'animation, 1,5 ETP pour le service de nuit, 2 ETP pour le service de maintenance et de transport entre les deux sites et 0,5 ETP pour assurer l'accueil sur le deuxième site.

L'effectif de la buanderie reste constant mais 2 ETP du service restauration devront être affectés au transport.

Evolution des besoins en effectif en ETP

Postes	Aujourd'hui à 123 lits en ETP	Variation	Demain à 110 lits en ETP
Hébergement	22,6 AS/ AMP	+ 1,4+ 8=+9,4	32 AS/ AMP
- Augmentation des AS/AMP			
- +Qualification de 8 ASH en AS	18,1 ASH	- 8	10,1 ASH
IDE	4,8	+ 1 cadre	4,8 + 1 cadre
Administration	5	+ 0,5	5,5
Agent de nuit	3,5	+ 1,5	5
Cuisine	8,1	- 2	6,1
lingerie	2,8	-	2,8
Maintenance/ Transport	2	+1	3

Le nombre de journées est considéré à 40000 soit un taux d'occupation de 99,6%.

Le coût d'un ETP d'AS/ AMP est estimé à 30 000€. Une augmentation des groupes 1 et 3 est prévue pour pallier les coûts supplémentaires de fonctionnement du fait de la division en deux sites. De plus, ces nouveaux besoins devant être négociés lors de la signature de la convention tripartite, j'ai considéré le budget réel, soit le budget dépensé avec le réajustement de la répartition ternaire.

Projection des trois sections face aux besoins générés par le projet de reconstruction

		Impact sur la section d'exploitation	Incidence sur le prix de journée en €
HEBERGEMENT	Dû en forfait soins	- 80 000	- 2
	Dépenses d'exploitation	- 40 000	- 1
	Dû en forfait dépendance	- 5 000	- 0,12
	Augmentation des coûts des groupes 1 et 3	+ 70 000	+ 1,75
	Qualification de 8 ETP d'ASH en AS	- 240 000 x 70% = 168 000	- 4,2
	+ 0,5 ETP d'hôtesse d'accueil	+ 15 000	+ 0,37
	- 1 ETP cuisine	- 30 000	- 0,75
	+1 ETP maintenance/transport	+ 30 000	+ 0,75
	TOTAL	= -166 000	= - 5,2
DEPENDANCE	Dû en forfait dépendance	+ 5 000	+ 5000
	Qualification de 8 ETP d'ASH en AS	+ 240 000 x 30%	+ 72 000
	+ 2 ETP AS de nuit	+ 60 000 x 30%	+ 18 000
	+ 1 AMP pour l'animation	+ 30 000 x 30%	+ 10 000
	+ 9,4 ETP AS/AMP	+ 282 000 x 30%	+ 84 600
	TOTAL	= 189 600	
SOINS	Dû en forfait soins	+ 80 000	+ 80 000
	Dépenses d'exploitation	+ 40 000	+ 40 000
	+ 9,4 ETP AS/AMP	+ 282 000 x 70%	+ 197 400
	+ 1 AMP pour l'animation	+ 30 000 x 70%	+ 21 000
	+ 1,5 ETP AS de nuit	+ 45 000 x 70%	+ 31 500
	+ 1 cadre IDE	+ 40 000	+ 40 000
	TOTAL	= 409 900	

L'incidence sur le prix de journée de la modification de la section d'exploitation correspond à - 5,2 €. Cette estimation suppose une négociation favorable de la convention tripartite sachant que la répartition ternaire est réajustée de façon à représenter les dépenses réelles

puisque le budget est jusqu'à révision, en effet mécanique. Ainsi, considérant le forfait soin à 654000€ (besoin réel), l'augmentation du forfait soin serait de 41%.

Une fois l'incidence financière sur la section d'exploitation définie, voyons l'incidence sur la section d'investissement.

E) Section d'investissement et prix de journée

Selon la synthèse ci-dessous, le projet de construction est estimé à environ 14 000 000€, l'acquisition du foncier n'y étant pas comprise estimée à 300 000€

Désignation	m ² SDO ²⁹	Prix HT en € du m ² SDO	Montant total en €HT	Montant total en €TDC ³⁰
Structure principale				
Total travaux de construction	5822	1050	6 113 340 €	9 475 680 €
Provision pour matériel de cuisine			100 000 €	155 000 €
VRD, stationnement, paysage, clôture			500 00 €	775 000 €
Total 1³¹ (mai 2004)			6 713 340 €	10 405 680 €
Structure secondaire				
Total travaux de construction	1977	1050	2 076 150 €	3 218 033 €
VRD, stationnement, paysage, clôture			200 00 €	310 000 €
Total 2 (mai 2004)			2 276 150 €	3 528 033 €
Les deux sites				
TOTAL 1 + 2			8 989 490 €	13 933 713 €

²⁹ SDO : Surface dans œuvre. C'est la somme des surfaces de chaque niveau (excepté les vides sanitaires, les combles, les terrasses) de mur extérieur à mur extérieur. Elle comprend la surface utile, les circulations, les cloisons intérieures, les gaines, les escaliers. Elle ne comprend pas les murs extérieurs.

³⁰ TDC : Toute dépenses confondues. Le montant TDC inclut le coût des travaux (travaux normaux et frais d'adaptation au site), les prestations intellectuelles liées à la conception et à la réalisation, les charges (taxes, assurances), les frais divers (concours, jury, publications, raccordements, expertise et autres).

³¹ Les totaux 1 et 2 sont des estimations de mai 2004, hors topographie, hors connaissance de la nature des sols et hors actualisation des coûts.

Pour envisager un plan de financement, il m'a fallu faire l'hypothèse de subventions et prêts intéressants susceptibles d'être déduits de l'incidence sur le prix de journée.

Le Conseil Général propose une subvention à hauteur de 30% du coût du lit plafonné à 45734€ TTC. La CRAM propose un prêt sans intérêt à hauteur de 16% et plafonné à 52900€ TTC. La recherche d'autres aides pour le projet sera une étape importante, toute aide supplémentaire pouvant venir réduire l'incidence sur le prix de journée (aide des mutuelles, dons,...). Pour ne pas extrapoler sur des participations incertaines à ce stade, seules sont retenus la subvention départementale et le prêt de la CRAM.

A ce stade, il nous est possible d'envisager le plan de financement suivant :

Désignation	Montant € TTC
Estimation du projet	
Acquisition du foncier	300 000 €
Montant TDC de l'opération TVA 19,6%	14 000 000 €
Plan de financement	
Fonds propres	-
Subvention du Conseil Général à hauteur de 30%	1 509 222 €
Prêt sans intérêt de la CRAM	931 040 €
Somme restant à financer	11 859 738 €

Le projet envisagé de cette façon nécessitera de devoir recourir à un emprunt d'environ 11859 738 €

Le plan proposé se base sur le fonctionnement actuel des aides et sa révision pourra être envisagée selon les nouvelles directives politiques.

Ainsi, le Conseil Général prévoit de rehausser le plafond par lit ce qui aurait un impact positif sur le prix de journée.

A l'inverse, le prêt à taux zéro de la CRAM pourrait être revu à la baisse. Ces crédits sont destinés aux projets de rénovation de maison de retraite à hauteur de 16 % de la dépense et de création d'établissements pour adultes handicapés à hauteur de 40%. Or certaines régions telle que la Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont vu leurs projets arrêtés du fait de l'annulation de ces prêts. Les arguments avancés sont la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'étape nouvelle de décentralisation. Ce gel des crédits a pour conséquence le blocage des autorisations de l'Etat y compris celles confirmées par les Conseils Généraux. Cette donnée est à retenir comme frein du financement envisagé.

L'actualité fait état depuis plusieurs mois de la nécessité pour les pouvoirs publics d'aider les établissements à rénover leur bâti.

Face au désengagement des autorités, l'intervention du secteur privé pourrait être requise comme en témoigne la convention signée entre la Fédération Hospitalière de France et la Fondation des Caisses d'Épargne pour la Solidarité pour des créations de structures médico-sociales.

La Fédération Hospitalière de France demande également l'exonération de la taxe sur les salaires pour neutraliser l'impact des opérations de rénovation lourde. Il s'agira d'être vigilant à toutes évolutions potentielles.

Sachant que le loyer vient en déduction de 6,4€ sur le prix de journée, un amortissement constant de l'emprunt sur 25 ans à un taux d'intérêt de 4 % a une incidence de 18,65 € sur le prix de journée et un amortissement calé sur le prêt bancaire avec échéance constante, une incidence de 18,65€! Cette augmentation ne pouvant être compensée outre mesure par l'incidence de la section d'exploitation, il est nécessaire d'envisager une optimisation.

Deux hypothèses sont envisageables.

- La réduction des surfaces au niveau du projet de 80 lits sur le site principal pour atteindre une surface par lit de 62 m² au lieu de 73 m² par lit actuellement et ainsi se rapprocher des ratios pratiqués sur des opérations de nature et de taille comparable aujourd'hui avec des fonction logistiques et au niveau du projet de 30 lits sur le site secondaire pour atteindre une surface par lit de 58 m² au lieu de 66 m² par lit actuellement sans fonction logistique.

Désignation	m ² SDO	Prix HT en € du m ² SDO	Montant total en €HT	Montant total en €TDC
Structure principale				
Total travaux de construction	4960	1050	5 208 000 €	8 072 400 €
Provision pour matériel de cuisine			100 000 €	155 000 €
VRD, stationnement, paysage, clôture			400 00 €	620 000 €
Total 1 (mai 2004)			5 708 000 €	8 847 400 €
Structure secondaire				
Total travaux de construction	1740	1050	1 827 000 €	2 831 850 €
VRD, stationnement, paysage, clôture			180 000 €	279 000 €
Total 2 (mai 2004)			2 007 000€	3 110 850€
Les deux sites				
TOTAL 1 + 2			7 715 000€	11 958 250€

L'incidence sur le prix de journée de la section d'investissement est alors de :

① 14,54 € pour un amortissement constant sur 25 ans à un taux d'intérêt de 4 %.

L'amortissement constant est un mécanisme qui a pour incidence de rembourser de manière plus importante qu'avec un amortissement linéaire, le capital dû pour venir diminuer le montant des intérêts. L'échéance est alors variable comprenant l'amortissement du capital (constitué de l'emprunt divisé par la durée) et les intérêts.

② 10,58 € avec un amortissement linéaire calé en fonction du remboursement de l'emprunt bancaire avec des échéances constantes sur 25 ans toujours avec un taux d'intérêt de 4 %

③ 9,6 € pour un amortissement constant sur 30 ans à un taux d'intérêt de 4,3 %

• La seconde hypothèse serait l'abandon du site secondaire pour construire 85 lits sur le site principal :

Désignation	m ² SDO	Prix HT en € du m ² SDO	Montant total en €HT	Montant total en €TDC ³²
Site unique				
Total travaux de construction	5270	1050	5 533 500 €	8 576 930 €
Provision pour matériel de cuisine			100 000 €	155 000 €
VRD, stationnement, paysage, clôture			420 00 €	651 000 €
Total 1³³ (mai 2004)			6 053 500 €	9 382 930 €

Un projet de 85 lits sur un seul site aurait une incidence prix de journée de 9,84 € sur la base d'un amortissement linéaire sur 30 ans à un taux de 4,3 %. L'incidence est donc quasi équivalente de celle pour les deux sites.

L'amortissement constant permet de manière comptable de venir diminuer de façon non négligeable le coût de l'emprunt et de retrouver plus rapidement une capacité financière pour pouvoir réinvestir. Toutefois, l'incidence sur le prix de journée étant plus importante au cours des premières années qu'avec un amortissement linéaire et l'établissement n'ayant pas d'autofinancement possible du fait du statut de locataire, l'amortissement linéaire sera privilégié.

³² TDC : Toutes dépenses confondues

³³ Les totaux 1 et 2 sont des estimations de mai 2004, hors topographie, hors connaissance de la nature des sols et hors actualisation des coûts

L'option retenue est la première hypothèse de réduction des surfaces avec le maintien de la construction sur deux sites de 110 lits avec une incidence prix de journée de la section d'investissement de : + **9,6€**

Le prix de journée de référence étant :

$$(39,91 \times 92) + (42,91 \times 31) = 5001,93$$
$$5001,93 / 123 = \mathbf{40,67 \text{ €}}$$

Le prix de journée estimé pour la future maison de retraite en réunissant les études financières sur les deux sections serait de : $40,67 + 9,6 - 5,2 = \mathbf{45,07 \text{ €}}$

Ce prix de journée estimé se positionne correctement sur les prix du marché. Le projet est viable tout en considérant que la capacité financière de l'établissement sera bloquée pendant au moins vingt ans, soit jusqu'à l'achèvement du remboursement du prêt à taux zéro de la CRAM. Cette étude nécessite d'obtenir les subventions, les prêts à taux zéro et d'obtenir les moyens en personnels indiqués lors de la négociation de la convention tripartite. Certaines données peuvent avoir un impact non négligeable sur ces résultats : la nature des sols, la topographie, l'actualisation des coûts, les taux d'intérêts au moment de la contractualisation des emprunts et le contexte politico-juridique.

CONCLUSION

Au regard de ces résultats, le chemin parcouru est long et la décision de lancer le projet reste à prendre. C'est un travail conséquent que d'avoir besoin de modifier l'environnement de vie et de travail. Les étapes furent nombreuses car seul ce cheminement peut garantir la compréhension des acteurs, leur participation et leur adhésion au projet.

En premier lieu, évaluer le territoire et l'offre proposée pour les personnes âgées positionne la maison de retraite. C'est une phase stratégique pour l'établissement puisque ses services de demain en découlent. Le bassin d'attraction doit pouvoir présenter aux personnes âgées un panel de prestations suffisamment large pour répondre à toutes les spécificités des besoins d'aujourd'hui et qui anticipe ceux de demain. Les structures se doivent d'être complémentaires en proposant le service manquant ou innovant.

Les établissements recevant des personnes âgées sont et seront de plus en plus sollicités pour répondre à des exigences croissantes. Or quelle réponse apportée lorsque les bâtiments sont désuets ? En faisant une analyse de l'influence de l'environnement architectural sur les usagers de l'institution et un bilan de l'obsolescence de la construction majorée par la concurrence des établissements voisins, il m'est apparu évident de réfléchir à un projet d'ampleur : une reconstruction ou réhabilitation de la maison de retraite.

Très vite il apparaît que la réhabilitation pose des difficultés qu'une reconstruction évite. Pourtant des contraintes se profilent déjà, à peine la réflexion entamée : l'établissement n'a pas de capacité financière, les autorités de contrôle imposent des normes plafonnant les nouvelles constructions à quatre-vingt cinq lits. La capacité d'accueil de la structure est restreinte, la présentation d'une étude de besoins projetée sur vingt ans n'y changera rien. Enfin, puisqu'il faut reconstruire, il faut trouver deux emprises foncières répondant à nos critères.

En parallèle de ce travail de réflexion puis de présentation du projet pour convaincre nos interlocuteurs sans qui rien ne peut être envisagé, c'est aussi en interne que les acteurs sont à mobiliser. Une telle réflexion doit les intégrer très rapidement aussi bien sur le projet de reconstruction que sur leur aptitude à modifier des années de pratiques.

Pour envisager une nouvelle structure, il nous fallait penser une nouvelle organisation avec un autre regard. La difficulté est de vouloir changer son mode de fonctionnement, puis de le modifier selon de nouveaux concepts plus novateurs, plus à l'écoute de la personne

accueillie. Deux outils managériaux ont impulsé un changement global de la représentation de la personne âgée et d'organisation autour d'elle. Le projet d'établissement m'a donné l'occasion de guider des groupes sur la définition d'objectifs sur cinq ans et au cours duquel, un groupe s'est projeté pour laisser libre cours à la vision d'une organisation fonctionnelle idéale pour mieux accueillir toutes personnes âgées : ce sera les principes fondateurs de la nouvelle maison de retraite. En parallèle et pour mettre en place ces objectifs, la démarche qualité fut un levier pour changer les organisations, les conceptions et la façon d'envisager la vie à la résidence de Lanvaux. Une véritable méthode de travail a été apprise, intégrée avec le sentiment pour les participants d'avoir un rôle fort dans le changement vécu par tous. C'est une véritable adhésion culturelle que nous avons obtenue que j'explique par la rencontre de compétences motrices pour piloter la démarche, le besoin historique des acteurs de sentir l'appartenance à un projet et les résultats obtenus, moteurs pour poursuivre. Cette démarche garantit à tous la possibilité de modifier ses pratiques, de réévaluer et de s'améliorer vers des objectifs que fixe le projet d'établissement et il faut le préciser, la récompense ultime : une nouvelle maison.

Pour que cette dynamique de changement ne s'enlise pas, le projet de reconstruction doit être parfaitement étudié avant de prendre la décision de le lancer et le faire aboutir. C'est ce que l'étude de faisabilité analyse. L'emprise foncière correspond en étendant le site principal. La capacité financière de l'établissement étant inexistante, il s'agira d'être particulièrement vigilant sur ce point. Le travail sur la faisabilité envisage une incidence sur le prix de journée correcte mais en supposant une excellente négociation lors de la convention tripartite. L'établissement ayant été sous-doté ces dix dernières années, la signature avec les autorités de tarification peut être l'occasion de le combler et de se mettre au niveau des structures semblables. La négociation avec les autres partenaires financiers sera d'importance.

Enfin, les acteurs devront poursuivre leur travail de réflexion sur la création de ce nouvel environnement en gardant à l'esprit à qui ils s'adressent en proposant cet espace. Le projet doit prendre en compte à la fois l'individualisation et la personnalisation. L'individualisation doit se comprendre comme le rassemblement de sujets présentant des caractéristiques identiques, qu'elles soient physiques, psychiques ou culturelles. La personnalisation nécessite une prise de conscience de tous les acteurs pour atteindre les objectifs fixés par le projet de vie. La convergence entre un projet architectural et un projet de vie correspond à prendre en compte ces deux notions : rassembler des résidents autour de leurs caractéristiques au sein d'une structure adaptée, ceci afin de répondre aux attentes de chacun.

De plus, il s'agit de construire une histoire là où il n'y a à priori qu'un espace. Le milieu occupé doit se transformer en un lieu où l'on habite. C'est le fait d'ériger la construction autour des valeurs symboliques prédéfinies d'un lieu de vie qui le transforme en véritable habitat. Pour cela il est nécessaire de ranimer des images du passé, faire ressurgir des représentations de l'ancien lieu de vie. On peut évoquer l'opportunité des choix de matériaux pour reconstituer l'intimité et les références d'avant, mais cela ne reste que des moyens dans un système où les sensations sont essentielles à faire revivre par un mécanisme de stimulation. Réfléchir à la couleur des portes, la luminosité ou encore la disposition des locaux doit être corrélé à une action directe sur l'individu pour avoir un poids sur le souvenir et le plaisir. C'est à ce moment ci de la réflexion, où le résident sera sollicité pour apporter sa participation au projet et faire de cet espace, le sien.

Bibliographie

OUVRAGES

ARGOUD D., PUIJALON B. *La parole des vieux. Enjeux, analyse et pratiques*. Paris : Dunod, 1999. 226 p.

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS. *Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients âgés, référentiel*. Paris, 2002. 183 p.

BADEZ-RODRIGUEZ C. *Les personnes âgées en institution, vie ou survie. Pour une dynamique de changement*. Paris : Seli Arslan, 1989. 192 p.

BEGUE R., HUMBERT V. *Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public*. PARIS : Doin éditeurs/ Assistance publique- Hôpitaux de Paris, 1994. 151 p.

BRAMI G. *La qualité de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Paris : Berger-Levrault, 1997. 133 p. Repère-Age.

CHALINE B. *Unités d'accueil spécialisé Alzheimer. Manuel de conception architecturale*. Orsay : Eizai, 2001. 147 p.

DUAULT S. *Etude menée auprès des personnes âgées de plus de 70 ans , et des professionnels de santé sur le canton de GRAND-CHAMP*. Plan gérontologique départemental 2000/2005. Communauté de communes du Loc'h, 2004.

ESTINGOY P., RABATEL M. *Montage et suivi d'une opération de construction*. Deuxième édition. Paris : Le Moniteur, 2002. 858 p.

KOURILSKY- BELLIARD F. *Du désir au plaisir de changer. Comprendre et provoquer le changement*. Deuxième édition. Paris : Dunod, 1999. 328 p.

La Bretagne de l'an 2000. Presses Universitaires de RENNES : juin 2000, 104 p, Espaces et territoires.

LECLET H. VILCOT C. *Qualité en gérontologie. Questions et outils pour agir*. Saint-Denis La Plaine : Afnor, 2003. 419 p.

MARTIN C. Construire un vrai dialogue. La contribution de l'ergonome à la conduite de projet architectural. Toulouse : Octares éditions, 2000. 228 p. Collection Travail et activité humaine.

MODERNE F. *La fonction de maîtrise d'œuvre dans la construction publique*. Paris : Dalloz, 1997. 239 p.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-France. *Les structures innovantes pour l'hébergement des personnes âgées*. Paris : Mars 1995. 173 p.

PREFECTURE DE LA REGION BRETAGNE, SECRETARIAT GENERAL POUR LES AFFAIRES REGIONNALES, CONSEIL REGIONAL DE BRETAGNE. *Contrat de plan état-région, Bretagne, 2000-2006*. Rennes : Mai 2000, 109 p.

RAYNAL S. *Le management par projets : Approche stratégique du changement*. Paris : éditions d'organisation, troisième édition, 2003. 355 p.

REGION BRETAGNE. *Schéma Régional d'Aménagement et de Développement du Territoire, « Bretagne 2015 », Enseignements de la concertation et perspectives*.

SICART D. *Les professionnels de santé au 1^{er} janvier 2003*. Statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Répertoire ADELI, mai 2003, N° 52.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*. Ramonville Saint-Agne : Eres., mars 2001. 191 p. Pratiques gériatologiques.

VERCAUTEREN R., VERCAUTEREN M.C., CHAPELEAU J. *Construire le projet de vie en maison de retraite*. Toulouse : Eres., mai 1993. 217 p. Pratiques du champ social.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. *une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Ramonville Saint-Agne : Eres., 2001. 270 p. Pratiques gériatologiques.

WOLFENSBERGER W. *La valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*. Genève : Edition des deux continents, Septembre 1991. 97 p.

MEMOIRE

MOUNOT M-J. *Restructurer une maison de retraite et créer des services de proximité pour personnes âgées*. Mémoire de CAFDES : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1994. 70 p.

PERIODIQUES

Gériatrie : une restructuration réussie au Centre Hospitalier de Béziers sur le site de Perréal. *Techniques Hospitalières*, Juillet-Août 1998, n°628, pp 47-51.

GOULEY C. EVA, référentiel d'évaluation externe de la qualité des EHPAD. *Revue hospitalière de France*, Septembre-Octobre 2002, n°488, pp 36-39.

Les équipements de long séjour. *Techniques Hospitalières*, Juillet-Août 1998, n°628, pp 52-54.

VERCAUTEREN R. Architecture et animations : quelles rencontres entre individualisation et personnalisation du projet ? *Doc'Animation en gérontologie*, Janvier - Mars 2004, n°2, pp. 54-58.

REFERENCES JURIDIQUES:

Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 sur la maîtrise d'ouvrage public (loi MOP), JO du 13 juillet 1985, p.7914.

Décret n° 73-207 du 28 février 1973, relatif aux conditions de rémunération des missions d'ingénierie et d'architecture pour le compte des collectivités publiques par des prestataires de droit privé, JO du 1^{er} mars 1973, p 2255.

Décret n° 74-569 du 17 mai 1974 relatif au programme technique détaillé

Décret n°93-1268 du 29 novembre 1993, relatif aux missions de maîtrise d'œuvre confiées par des maître d'ouvrage publics à des prestataires de droit privé, JO du 1^{er} décembre 1993, p. 16603

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

Circulaire n°86-24 du 4 mars 1986, Moniteur des travaux publics du 18 avril 1986. p 38.

DOCUMENTS INTERNES A LA RESIDENCE DE LANVAUX

CNP Assurances. *Statistiques d'absentéisme – 2002 – Agents CNRACL.*

CNP Assurances. *Statistiques d'absentéisme – 2003 – Agents CNRACL.*

PILARD S., A2MO. *Maison de retraite de GRAND-CHAMP (56), Projet de reconstruction de l'établissement sur 2 sites distincts, Etude de faisabilité.* Rennes : mai 2004. 48 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles

Annexe 2 : Projection pluriannuelle des objectifs du projet d'établissement

Annexe 3 : Résultats de l'enquête pour la réflexion sur la mise en place du petit déjeuner en chambre

- 1) Souhaits du lieu de prise du petit déjeuner
- 2) Evaluation de la capacité physique et psychique des résidents

Annexe 4 : Documents de l'étude de faisabilité

- 1) Schéma général d'organisation
- 2) Schéma d'organisation de la cuisine
- 3) Schéma d'organisation de la lingerie-buanderie
- 4) Expression des besoins du site principal
- 5) Propositions d'organisation au sol du site principal
- 6) Expression des besoins du site secondaire

ANNEXE 1 : Guide d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles



Destinataires : Ce document est destiné à l'ensemble du personnel de la maison de retraite.

Date d'application :

Modification(s) depuis la version antérieure : aucune

But et objet :

Cette procédure dit « guide d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles » décrit les règles concernant :

- L'élaboration (rédaction), la validation, l'approbation d'un document qualité
- La diffusion maîtrisée, l'information, la communication et l'archivage
- La modification d'un document qualité

Elle définit les règles qui concernent la gestion de la documentation qualité, de la rédaction jusqu'à son archivage. Cette procédure permet d'offrir à l'ensemble des acteurs une visibilité sur les procédures existantes et assurer :

- La cohérence entre les différents documents ;
- L'accessibilité des documents ;
- Le partage des documents pour tous les acteurs concernés.

L'ensemble du personnel se doit de connaître et d'appliquer ces règles.

L'objectif est ici de disposer d'un cadre structuré, organisé et homogène de la documentation qualité produite dans l'établissement, visant à harmoniser les pratiques et garantir aux résidents une prise en charge identique et satisfaisante.

Références à appliquer :

Les exigences à appliquer sont les suivantes :

- ☞ **Norme FDS99-131** : concepts et recommandations pour la mise en place et l'amélioration d'un système documentaire dans les établissements de santé ;
- ☞ **Arrêté du 26 avril 1999** relatif au cahier des charges de la convention tripartite ;
- ☞ **Référentiel ANGÉLIQUE** ;
- ☞ Politique qualité de l'établissement : le système documentaire.

Responsabilités :

L'ensemble du personnel est concerné par cette procédure.

- Le **directeur** est responsable de la mise en œuvre du système documentaire tel que défini ici.
- La **responsable qualité (RQ)** est chargée de gérer l'ensemble du système documentaire et valide les documents avec le **comité de pilotage**.
- Les **agents administratifs** sont chargés de la mise en forme informatique des documents qualité,
- Le **directeur** est responsable de l'approbation et fixe la date de mise en application.
- Les **référents classeurs qualité** sont responsables des classeurs qualité. À ce titre, ils sont chargés.
 - D'insérer les documents (P ou PO) dans les classeurs ;
 - De s'assurer de la propreté et de la bonne tenue du classeur, qui doit être toujours rangé au même endroit ;
 - D'effectuer les mises à jour en fonction des consignes du responsable qualité ;
 - De remplacer les documents par les nouvelles versions et retirer les anciennes versions et les remettre au RQ) ;
 - De vérifier l'émargement des documents par tout le personnel nouveau ou stagiaire et d'informer la RQ en cas de difficulté rencontrée.

Définition des documents concernés par cette procédure

Une procédure : (P.O.) : une procédure décrit l'organisation autour d'une activité donnée ou d'un secteur d'activités donné, mais a généralement pour objectif de décrire les aspects transversaux d'un établissement (par exemple, le système documentaire de l'établissement, l'accueil...).

Un protocole : (P) : décrit dans le détail comment une activité donnée doit être réalisée. En général, un protocole est un document réservé au secteur des soins.

Il conviendra cependant de désigner par protocole tous les documents qualifiés décrivant comment une activité ou une tâche doit être effectuée (protocole ou instruction de travail ou fiche technique).

Un mode opératoire (MO) : il s'agit d'un mode d'emploi ou une « recette » ; il décrit comment utiliser un appareil.

Un enregistrement : un enregistrement permet de fournir la preuve qu'une action a été réalisée, ou un acte exécuté. Il permet également de retrouver l'historique et d'assurer la traçabilité d'une prise en charge.

À titre d'exemple, un dossier de soin est un enregistrement, un formulaire de recensement des chutes renseigné également.

Documentations diverses : ce sont les documents n'appartenant pas à la catégorie des procédures, des protocoles ou des enregistrements mais ayant un lien avec le sujet traité ou l'action. En l'occurrence, il s'agit de documents internes (formulaires, dossiers etc. vierges) ou de documents externes (textes réglementaires, revues publications etc...).

Actions et méthodes :

La classification

Chaque document répond à une classification précise. Cette classification doit apparaître sur le document (dans le cartouche de début et en pied de page):

Le rédacteur doit codifier le document qu'il rédige selon les critères suivants :

1. Identifier le document :

PO pour une procédure et **P** pour les protocoles (de soins, médicaux ou autres secteurs d'activités).

2. Identifier le thème concerné :

- Pour la qualité : **QUALITÉ**
- Les soins : **SOINS**
- La vie sociale : **VIESOC**
- L'accueil : **ACCUEIL**
- L'hôtellerie : **HOTEL**
- La restauration : **RESTAU**
- Le management et le personnel : **MANAGER**
- La sécurité et la maintenance : **SECU-MAINT**

3- Mettre un numéro dans l'ordre chronologique

Exemples : **PO-QUALITÉ-1** : Guide d'élaboration et de gestion des procédures et des protocoles

P-SOINS-1 : protocole sur les transmissions de soins

Sommaire et mise en forme d'un document:

Quel que soit le document élaboré (à l'exception des enregistrements et de la documentation diverse), les règles suivantes doivent être appliquées :

- **Le titre est en tête du document**
- **Le cartouche de début doit être renseigné comme suit :**
 - Logo
 - Destinataires du document : Personnes concernées à un moment donné par le document établi
 - Date d'application
 - Modification(s) depuis la version antérieure
- **But et objet de la procédure** : Pourquoi, pour quoi faire.
- **Références à appliquer**³⁴

Les références (règlements, textes législatifs, normes) qui doivent être prises en compte et appliquées sont énumérées (à titre d'exemple, la loi n°2-2002 du 2 janvier 2002 ou l'arrêté du 26 avril 1999).

- **Responsabilités** : Qui fait quoi ?

Personnes responsables de la mise en œuvre du document pour atteindre l'objectif.

- **Actions et méthodes**

Déroulement dans un ordre logique et chronologique des actions.

- **Évaluation**

- **Documentations et renvois**

Les formulaires vierges sont associés à la procédure, notamment quand il s'agit d'un nouveau document.

- **Enregistrements**

- **Le cartouche de fin** :

- Rédacteur (date, nom et signature)
- Valideurs : la responsable qualité et le comité de pilotage signent la validation
- Approbateur : le directeur

- **Le pied de page** :

- la classification,
- le numéro de version
- le nombre de pages.

³⁴ Il est possible d'obtenir ces références sur les sites internet suivants : Légifrance.fr, santé.gouv.fr, social.gouv.fr ou consulter la RQ.

La rédaction

Le rédacteur du document : Le rédacteur est une personne ou un groupe de personnes chargé de l'activité à décrire et a pour fonction de rédiger le document tout en s'assurant de la faisabilité de l'application du document.

L'ensemble du personnel peut être amené à rédiger un document dès lors que la nécessité est exprimée (dysfonctionnement repéré, manque d'harmonisation des pratiques, risques potentiels etc...).

Une fois le document rédigé, le rédacteur remet le document à la responsable qualité qui se chargera d'organiser la validation.

Conseils de rédaction :

Le ou les rédacteur(s) doivent définir le contexte (règles, normes à respecter, matériels nécessaires etc...) et suivre un plan logique. À cette fin, il peut utiliser la fiche de réflexion OQOQCP avant de procéder à la rédaction d'un document.

La validation et l'approbation

La validation consiste à faire partager l'écrit par les membres du comité de pilotage pour soit obtenir un consensus soit pour compléter le document, sur la forme (respect des règles de rédaction) ou sur la faisabilité. L'intérêt du document (objectifs) ne doit pas être remis en cause.

L'approbation a pour objectif de valider institutionnellement le document. Elle est réalisée par le directeur. L'approbation déclenche la « libération » c'est-à-dire la diffusion du document et la mise en application des dispositions qui y sont prévues. Elle engage pleinement la responsabilité de celui qui la réalise. C'est une étape très importante du cycle de vie du document.

Déroulement des étapes

1) Le **rédacteur** remet le document rédigé au responsable qualité.



2) Ils procèdent ensemble à :

- a. Une première **correction** du document
- b. Demande l'**avis** du responsable qualité sur la pertinence du document



3) Un agent administratif assure la **mise en forme informatique**.



4) La **validation** est effectuée par la RQ et le Comité de pilotage. Ils **signent** la validation. Dans le cas où **le comité de pilotage** ne valide pas le document, **la RQ** revoie le document avec **les rédacteurs**, le document devra repasser en comité de pilotage pour être validé.



5) **Approbation** : Une fois validé, la RQ remet le document à **approuver** au directeur. Le délai d'approbation ne doit pas excéder **une semaine**.



6) **Evaluation** : Le document devra être évalué une fois mis en place. La fréquence de l'évaluation sera déterminée selon le protocole (à partir de quand, tous les combien...)

Une fois approuvé, la responsable qualité récupère le document. Le ou les rédacteurs signent le document seulement une fois validé et approuvé. Le comité de pilotage doit être informé du déroulement des étapes par la RQ ou le rédacteur pilote du projet et membre du comité de pilotage.

Emplacement des documents au sein de l'établissement

Les services sont dotés de classeurs « qualité » rassemblant les documents (procédures, protocoles etc...) les concernant :

Lieux de rangement du classeur qualité	Type de Classeurs	Référent du classeur
Office Bâtiment A, RC/2 ^{ème} étage	Classeur qualité Bleu	Roland GAUTHIER, A M P
Office Bâtiment A, 1 ^{er} étage	Classeur qualité Bleu	Dalila LE GAL, A S
Office Bâtiment B, RC	Classeur qualité Bleu	Sandrine OURION, A S
Office Bâtiment B, 1 ^{er} étage	Classeur qualité Bleu	Yvette LE FLOHIC, A S
Infirmierie	Classeur qualité Blanc	Stéphanie DORSO, I D E
Bureau Cuisines	Classeur qualité Rouge	Christian LE GALLUDEC, Cuisinier
Lingerie	Classeur qualité Vert foncé	Béatrice ROGALA, Lingère
Atelier	Classeur qualité Noir	Pascal PUREN, Agent d'entretien
Direction / administration	Classeur qualité Parme	Christiane REGENT, R Qualité
Bureau Animation - vie sociale	Classeur qualité Vert Clair	Roselyne BRIARD, Animatrice

Les personnels de nuit disposent du classeur dans l'office Bâtiment A, 1er étage. Elles se doivent de consulter le classeur régulièrement et à chaque nouveau document.

Chaque classeur est composé de huit intercalaires représentant chaque secteur d'activité (Qualité, Soins, Vie sociale, Accueil, Hôtellerie, Restauration, Management, Sécurité-maintenance,).

La RQ remet le document à diffuser aux référents des classeurs qualité.

Les originaux

Seuls les originaux peuvent être diffusés dans l'établissement. Ils se distinguent par leur couleur de papier bleue.

Diffusion des documents

Une fois le document validé et approuvé, la responsable qualité le distribue aux référents classeur qualité qui se chargent d'assurer sa mise en place dans les classeurs qualité de chaque secteur d'activité.

L'information

Information de la mise en place d'un document qualité validé et approuvé : La responsable qualité informe les services de la mise en place d'un nouveau document par le biais d'une information écrite et signée par le directeur affichée dans les lieux suivants :

- Tableau administration
- Local du service de nuit (Bâtiment A, 1^{er} étage)
- Passage des cuisines (tableau)

Tout le personnel doit régulièrement consulter ces tableaux dans l'établissement. Le protocole est alors placé dans les classeurs qualité.

Émargement de la procédure ou du protocole

Il est annexé une liste des membres du personnel devant émarger les documents qualité à la fin de chaque document.

Chaque membre du personnel concerné par un document se doit de l'émarger : il date et signe sur la liste d'émargement en face de son nom. Il s'engage ainsi à appliquer les règles décrites dans le document.

Le référent classeur qualité est chargé de contrôler l'émargement du document. Le cas échéant, il effectue un rappel auprès des personnes concernées. La feuille d'émargement sera conservée dans le classeur à la fin de chaque document. Tout personnel nouveau se doit de consulter le classeur qualité et d'émarger les documents.

Règles de modification d'un document

La RQ et le comité de pilotage sont habilités à modifier un document, en collaboration avec les rédacteurs. Dans ce cas, ils doivent procéder selon les règles décrites ici et appliquer le

circuit défini. Ils réactualisent le document en indiquant le numéro de version et les modifications réalisées.

S'il s'agit d'une correction mineure, la RQ peut le faire seule, et informe des modifications le référent classeur qualité qui transmet au personnel concerné.

Lors de modifications importantes, les référents classeurs qualité rangent les nouveaux documents dans les classeurs qualité et retirent les anciennes versions. Ils remettent les anciennes versions à la RQ. Le personnel émerge de nouveau le document.

Règles d'archivage

Chaque procédure (et / ou protocole) rédigée précise les règles d'archivage la concernant et selon la réglementation en vigueur (si elle existe : par exemple le dossier de soins)

En revanche, les règles d'archivage seront définies un an après la date d'application pour la présente procédure.

Evaluation :

Règles générales d'évaluation

Les indicateurs d'évaluation retenus et la période d'évaluation pour chaque document doivent être précisés dans le document concerné.

La responsable qualité et le comité de pilotage sont chargés d'organiser les évaluations (audits, questionnaires etc...).

Règles d'évaluation du guide de gestion et d'élaboration des procédures et des protocoles

Ce guide sera évalué annuellement à partir de sa date de mise en application (par audit). La RQ est chargée de l'évaluation.

Les indicateurs retenus sont les suivants :

- Nombre de personnes n'ayant pas émarginé un document
- Respect du délai d'approbation
- Nombre de corrections apportées après une évaluation.

D'autres indicateurs seront élaborés au cours de la 1^{ere} année d'application.

Documents associés :

Remarques :

Il est convenu que le nom et le lieu de rangement des documents ou renvois nécessaires à l'application d'une procédure ou d'un protocole soient précisés dans des tableaux comme ci-dessous dans tous les documents rédigés.

ANNEXE 2 : Projection pluriannuelle du projet d'établissement

SOINS												
Objectifs d'amélioration	Actions à mettre en œuvre	1erS	2èmeS	1erS	2èmeS	1er S	2èmeS	1erS	2èmeS	1erS	2èmeS	Réalisé O/N
		2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	
Améliorer la démarche de soins	Protocoles											
	Transmissions											
Favoriser la communication entre les équipes	Communication avec les médecins											
	Communication avec l'hôpital	Avec le recrutement d'un cadre infirmier										
Accompagner la fin de vie	Protocole, équipe mobile											
Respecter les normes d'hygiène :	Lavage des mains											
	Hygiène corporelle des résidents											
Améliorer la préparation et la distribution des médicaments	Préparation: Externalisation à un pharmacien											
	Distribution en main propre											
Créer le dossier de soins												
Lutter contre la dénutrition et la déshydratation												
Faire face aux situations de crise et d'urgence	Conduite à tenir en cas d'urgence											
	Procédure d'isolement											
Améliorer le suivi médical		Après recrutement du médecin coordonnateur										
Assurer la confidentialité des informations	Informatisation du dossier de soins											
Traiter la douleur	Protocole, évaluation, individualisation	Après recrutement du médecin coordonnateur										

ANIMATION ET VIE SOCIALE

Objectifs d'amélioration	Actions à mettre en œuvre	1erS 2004	2èmeS 2004	1erS 2005	2èmeS 2005	1er S 2006	2èmeS 2006	1erS 2007	2èmeS 2007	1erS 2008	2èmeS 2008	Réalisé O/ N
Identifier les résidents	Affichage des noms sur les lits											
	Photos des résidents dans les services											
	Personnalisation des portes de chambre											
Individualiser la prise en charge	Constituer une fiche de l'histoire de vie											
Mesure de la satisfaction des familles et des résidents	Enquête de satisfaction											
	Cahier des plaintes et des doléances											
Améliorer la communication	Conseil de vie sociale											
	Journal interne											
	Information régulière											
Assurer une continuité des animations	Privilégier une activité qui perdure dans le temps: jardinage, présence animale,...											
	Augmenter la fréquence des groupes de parole											
	Assurer une animation le WE et lorsque l'animatrice n'est pas là	Avec le recrutement d'un animateur										
Valoriser l'image des personnes accueillies	Renouveler le bureau de l'association											
	Vente ambulante											

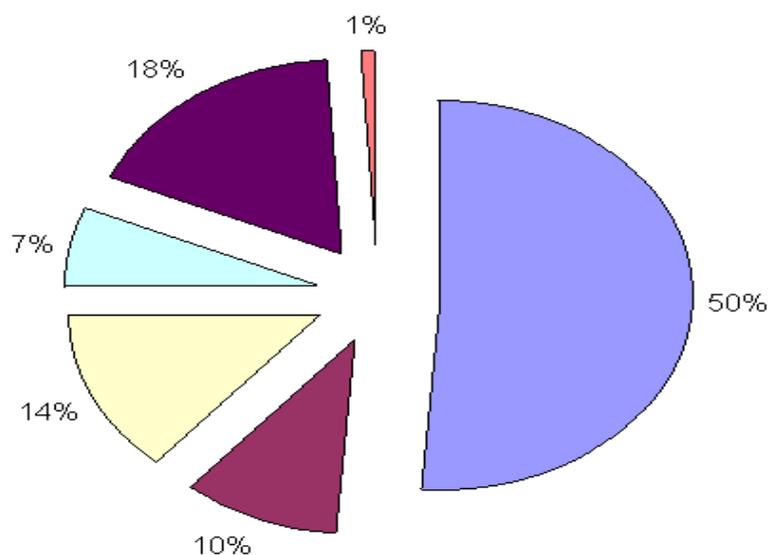
ACCUEIL ET SEJOUR

Objectifs d'amélioration	Actions à mettre en œuvre	1erS	2èmeS	1erS	2èmeS	1er	S	2èmeS	1erS	2èmeS	1erS	2èmeS	Réalisé O/ N
		2004	2004	2005	2005	2006	2006	2006	2007	2007	2008	2008	
Simplifier l'accueil téléphonique	Echange de permanence entre services		Sept	Mars									
	Changement du répondeur		Sept	Mars									
Améliorer la signalétique de l'accueil	Signaliser les deux entrées												
Aménager le jardin	Chemins de promenade												
Individualiser la prise en charge	Référents par personne accueillie			Mars									
	Histoires de vie			Mars									
	Evaluation individualisée			Mars									
Accueillir au mieux	Protocole			Mars									
	Recensement des besoins			Mars									
Améliorer le traitement, la répartition et la distribution du linge	Procédure		Sept										
	Aménagement des placards		Sept										
	Révision des trousseaux		Sept										
	Vérification du trousseau avec la famille à l'arrivée												
	Mettre en place un système payant d'étiquetage		Sept										
	Identifier les tenues du personnel												
Améliorer l'hygiène des sols et des surfaces	Décaper toutes les chambres						Sept						
	Harmoniser les pratiques de nettoyage						Sept						
	Planifier les tâches						Sept						
	Etudier les produits utilisés						Sept						

ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête pour la réflexion sur la mise en place du petit déjeuner en chambre

1) SOUHAITS DU LIEU DE PRISE DU PETIT DEJEUNER

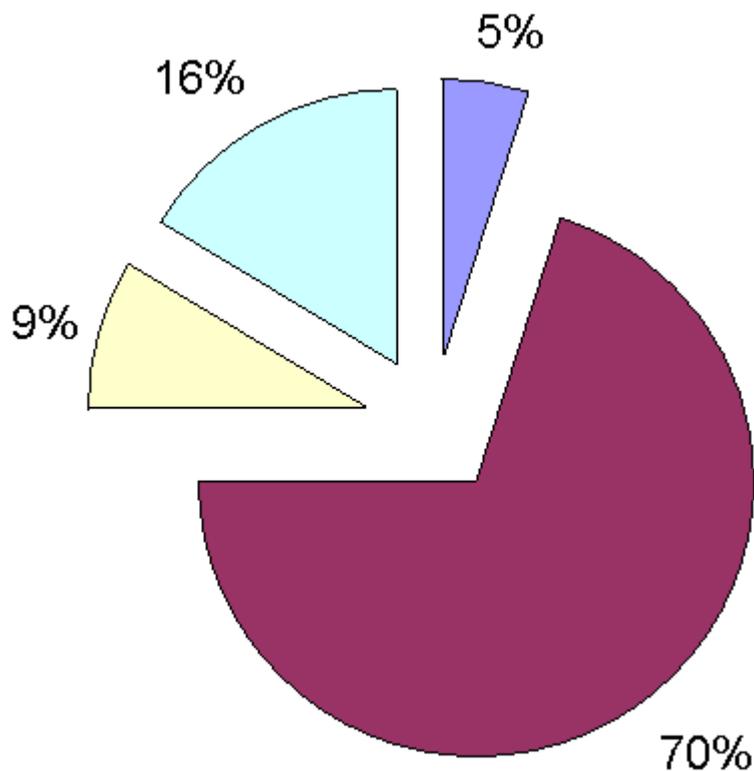
	Bâtiment A	Bâtiment B	TOTAL
Salle à manger à 8H30	34	29	63
Salle à manger avant 8H30	4	8	12
De salle à manger à chambre	10	7	17
Désir rester en chambre	4	4	8
Résidents qui ne répondent pas	11	11	22



50 % des résidents souhaitent prendre leur petit déjeuner **en salle à manger 8H30**
 10 % des résidents souhaitent prendre leur petit déjeuner **en salle à manger mais avant 8H30**
 14 % des résidents qui prennent actuellement leur petit déjeuner en salle à manger souhaitent le prendre **dans leur chambre**
 7 % des résidents prennent leur petit déjeuner **en chambre et veulent rester en chambre**
 18 % des résidents sont dans **l'incapacité de répondre**
 1 % représente un résident **hospitalisé**

2) EVALUATION DE LA CAPACITE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

	Bâtiment A	Bâtiment B	TOTAL
Dépendance niveau 4	3	3	6
Dépendance niveau 3	44	41	85
Autonome niveau 2	5	6	11
Autonome niveau 1	11	9	20



Répartition des résidents par niveau d'autonomie

5 % des résidents sont **alités (Niveau 4)**

70 % des résidents sont en : fauteuil, déambulateur, canne, béquille, désorienté, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou aveugle (**Niveau 3**)

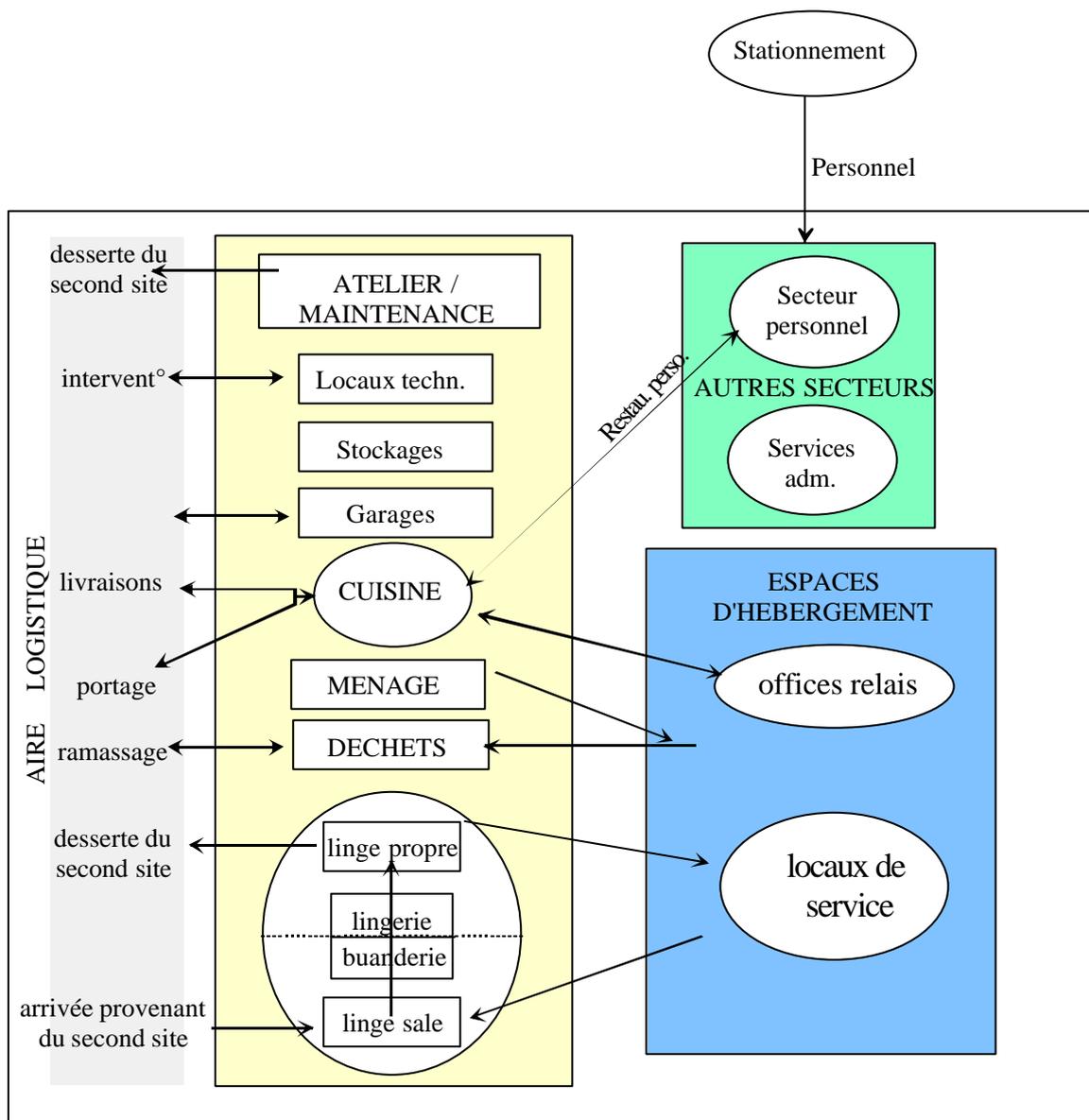
9 % des résidents sont autonomes mais présentent de faible pathologie (**Niveau 2**)

16 % des résidents sont autonomes et ne présentent aucune pathologie (**Niveau 1**)

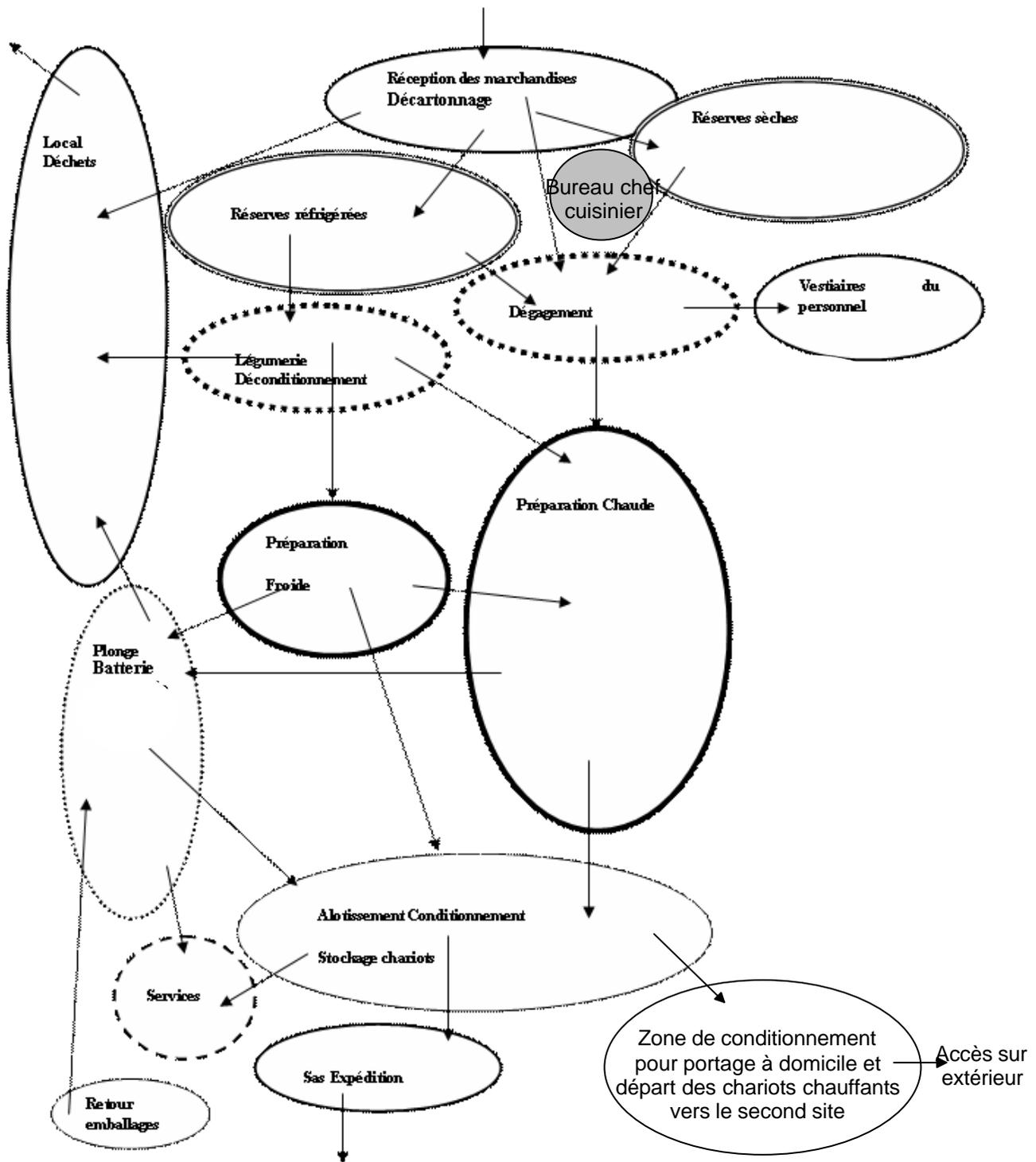
Ces niveaux d'évaluation sont des critères internes à la résidence créés pour classer les résidents par catégories afin de définir si la personne est suffisamment autonome (niveau 1) pour prendre son petit déjeuner au self en salle à manger.

ANNEXE 4 : Documents de l'étude de faisabilité

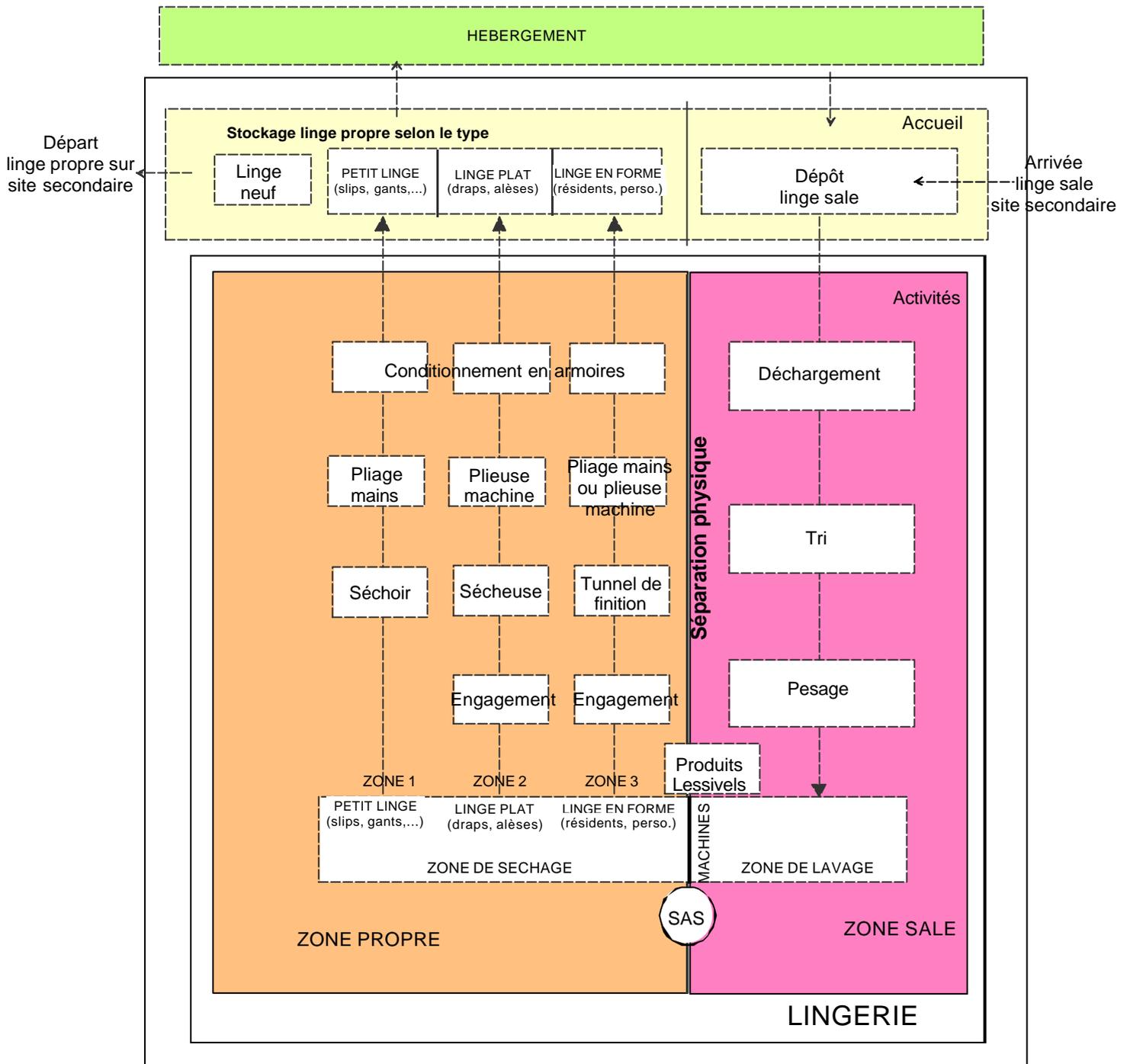
1) SCHEMA GENERAL D'ORGANISATION



2) SCHEMA D'ORGANISATION DE LA CUISINE selon le principe de la marche en avant



3) SCHEMA D'ORGANISATION DE LA LINGERIE BUANDERIE selon le principe de la marche en avant



4) EXPRESSION DES BESOINS DU SITE PRINCIPAL

A- ZONE COMMUNE

Désignation	SU	Qtité	SU Totale	Rapport SDO/SU	SDO Totale	Commentaires
Zone commune			687	1,33	912	
Place du village		7	231	1,32	305	
espace "place du village"	120	1	120			
caféteria	30	1	30			
espace coiffure	15	1	15			
espace de jeux	25	1	25			<i>de type comptoir ouvert sur le hall</i>
kiosque	18	1	18			<i>liaison directe entre le comptoir accueil et le bureau</i>
comptoir accueil	15	1	15			
sanitaires visiteurs	8	1	8			<i>H PMR / F PMR</i>
Zone administrative		10	166	1,35	224	
espace de confidentialité	12	1	12			<i>contigu et directement accessible depuis le comptoir</i>
secrétariat avec zone archive	24	1	24			
bureau de direction	20	1	20			
bureau ressources humaines	16	1	16			
bureau comptabilité	16	1	16			
bureau responsable qualité	16	1	16			
bureau polyvalent	16	1	16			
salle de réunion - salle de CA	30	1	30			
local reprographie	12	1	12			<i>localisation du poste "administrateur réseau"</i>
sanitaire personnel	4	1	4			
Espace animation		3	220	1,32	290,4	
salle pouvant accueillir 140 personnes	200	1	200			<i>prévoir placards intégrés + localisation d'un espace salle à manger des familles par le biais de claustras (environ 25 m2)</i>
bureau animatrice	12	1	12			
sanitaires h/f/pmr	8	1	8			
Lieu de culte		3	70	1,32	92,4	
chapelle	50	1	50			<i>30 personnes</i>
chambre reposoir	16	1	16			
sanitaires	4	1	4			

B- ESPACE HEBERGEMENT/SOINS

Désignation	SU	Qtité	SU Totale	Rapport SDO/SU	SDO Totale	Commentaires
Hébergement - soins			2596	1,43	3719	
Pôle de soins		9	140	1,38	193	
bureau cadre infirmier	12	1	12			
bureau infirmier	26	1	26			
salle de soins	22	1	22			
local veilleuse	14	1	14			
local soins (1 lit)	14	1	14			de type comptoir ouvert sur le hall
bureau de consultation	14	1	14			liaison directe entre le comptoir accueil et le bureau
espace d'activités physique	30	1	30			
sanitaires	4	2	8			résidents/personnel
Unité 1 - 33 lits		46	962	1,4	1347	
zone commune			176			contigu et directement accessible depuis le comptoir
salle d'équipe	16	1	16			
office relais	22	1	22			
salle à manger	60	1	60			
sanitaires	4	2	8			H PMR / F PMR
salle de bains	15	1	15			baignoire à hauteur variable
local linge sale	8	1	8			
local linge propre	12	1	12			
local usage unique	8	1	8			
local rangement	15	1	15			localisation du poste "administrateur réseau"
local ménage	12	1	12			prdts d'entretien + vidoir + stockage 2 chariots
Sous unité A de 17 lits			404			
chambre individuelle	22	17	374			
salon	30	1	30			Distribution des petits déjeuner le matin.
Sous unité B de 16 lits			382			
chambre individuelle	22	16	352			
salon	30	1	30			
Unité 2 - 32 lits		52	988	1,4	1440	
zone commune			38	1,4	53	contigu et directement accessible depuis le comptoir
salle d'équipe	16	1	16			
office relais	22	1	22			
Sous unité A de 16 lits			475	1,46	694	
chambre individuelle	22	16	352			
salon/salle à manger	60	1	60			
sanitaires	4	2	8			H PMR / F PMR
salle de bains	15	1	15			baignoire à hauteur variable
local linge sale	6	1	6			
local linge propre	10	1	10			
local usage unique	6	1	6			
local rangement	10	1	10			localisation du poste "administrateur réseau"
local ménage	8	1	8			prdts d'entretien + vidoir + stockage 1 chariot
Sous unité B de 16 lits			475	1,46	694	
chambre individuelle	22	16	352			
salon/salle à manger	60	1	60			
sanitaires	4	2	8			H PMR / F PMR
salle de bains	15	1	15			baignoire à hauteur variable
local linge sale	6	1	6			
local linge propre	10	1	10			
local usage unique	6	1	6			
local rangement	10	1	10			localisation du poste "administrateur réseau"
local ménage	8	1	8			prdts d'entretien + vidoir + stockage 1 chariot
Unité pour désorientés - 15 lits		24	506	1,46	739	
chambre individuelle	22	15	330			
espace de repos - accueil de jour	14	1	14			2 fauteuils
espace occupationnel organisé en séquence comprenant un espace salle à manger et salon	80	1	80			le concepteur veillera à répartir le coefficient de circulation donné autour de l'espace de vie, afin d'identifier un espace de libre déambulation - donnera directement sur un jardin clos - absence d'effets de seuil
cuisine thérapeutique	18	1	18			
salle de bains	15	1	15			baignoire à hauteur variable
salle de l'équipe	15	1	15			
local linge propre	10	1	10			
local linge sale	6	1	6			
local rangement	10	1	10			
local ménage	8	1	8			

C- PLATE-FORME LOGISTIQUE

Désignation	SU	Qtité	SU Totale	Rapport SDO/SU	SDO Totale	Commentaires
-------------	----	-------	-----------	----------------	------------	--------------

Logistique

753

1,21

914

Cuisine			266		293	
Secteur dit "sale"			61	1,1		
Zone de réception/décartonnage	8	1	8			
Zone de stockage		6	43			
réserves sèches	14	1	14			
réserves réfrigérées		5	29			
local boisson	8	1	8			
légumes	5	1	5			
BOF	4	1	4			
viandes-charcuteries	4	1	4			
chambre de congélation	8	1	8			
Zone de préparation primaire - déboitage/légumerie	10	1	10			
Secteur dit "propre"		3	57			
Zone de préparation froide	14	1	14			
Zone pâtisserie - entremets	8	1	8			
Zone de cuisson	35	1	35			
Secteur de distribution		3	40			
Zone de stockage des chariots	14	1	14			
Stockage produits finis	8	1	8			
Zone de conditionnement pour portage à domicile et départ pour second site	18	1	18			local donnant directement sur l'extérieur avec accès véhicule
Secteur retour		3	24			
Plonge batterie	10	1	10			
Laverie vaisselle	8	1	8			
Local lavage chariot	6	1	6			
Secteur commun et technique		5	54			
bureau cuisinier	10	1	10			
stockage vaisselle neuve	8	1	8			
vestiaire	20	1	20			8 agents - 50 % H/F - douche, lavabo, wc
local déchets	8	1	8			
local ménage	8	1	8			
local carton et palettes						extérieur
Liaison interne			30			
Lingerie - buanderie		7	134	1,3	174	
buanderie - tri linge sale-pesage	20	1	20			
lavage-séchage	25	1	25			
sas hygiène	8	1	8			
local produits lessivels	4	1	4			
repassage/pliage/linge propre	50	1	50			avec placard linge plat
réserve vêtement	15	1	15			
local linge neuf	12	1	12			
Hygiène ménage	20	1	20	1,3	26	
Local du personnel		3	106	1,3	138	
vestiaires	60	1	60			55 personnes dont 80 % femme - 20 % homme
local syndical	16	1	16			
espace de repas du personnel	30	1	30			
Maintenance		13	90	1,3	117	
atelier	30	1	30			prévoir établis et plan de travail
magasin	20	1	20			rayonnage
stockage - atelier espace vert	40	1	40			
Rangement divers et archivage		5	62	1,3	81	
réserve usage unique	12	1	12			
archives dites "mortes"	20	1	20			
Rangement divers	30	1	30			
local "déchet"	20	1	20	1	20	extérieur
locaux techniques	55	1	55	1,2	66	

TOTAL			4036	1,37	5545
--------------	--	--	-------------	-------------	-------------

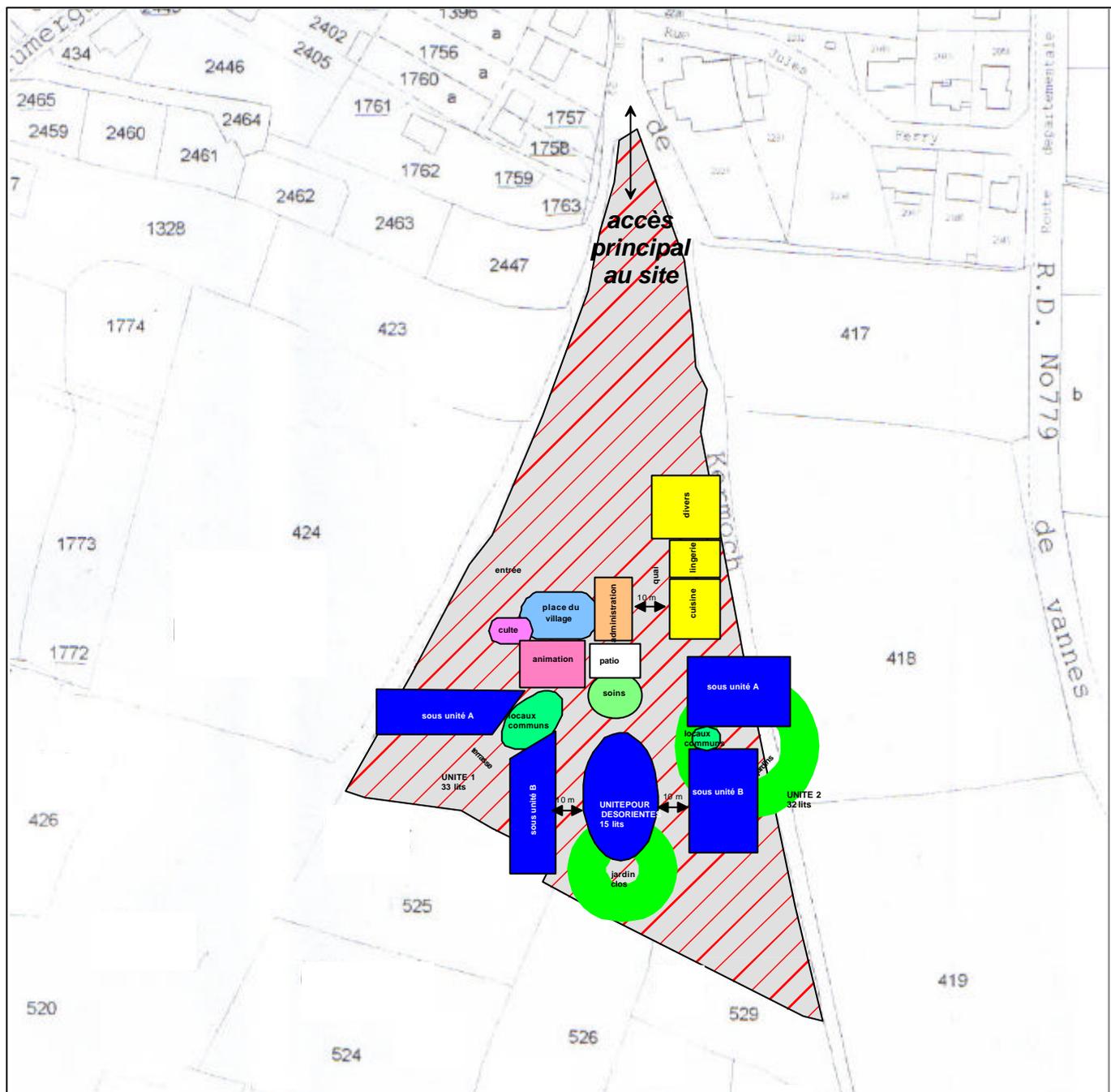
Coefficient de liaison fonctionnelle (5%) **277**

TOTAL SDO	5822
------------------	-------------

Rapport total SDO/SU **1,44**

Ratio/lit **72,78 m2**

5) PROPOSITION D'ORGANISATION AU SOL DU SITE PRINCIPAL



La simulation d'organisation envisagée à partir de l'organisation souhaitée semble difficilement envisageable compte tenu de la forme et de la surface de l'emprise foncière. Deux hypothèses seront étudiées.

6) EXPRESSION DES BESOINS DU SECOND SITE

Désignation	SU	Qtité	SU Totale	Rapport SDO/SU	SDO Totale	Commentaires
-------------	----	-------	-----------	----------------	------------	--------------

Zone commune **104** 1,35 **140**

espace "place du village"/animation	40	1	40			
bureau polyvalent	15	1	15			
sanitaires visiteurs	8	1	8			H PMR / F PMR
chapelle	25	1	25			30 personnes
chambre reposoir	16	1	16			

Hébergement - soins **1015** 1,45 **1476**

zone commune		4	56	1,35	76	
bureau infirmier - salle de l'équipe	18	1	18			espace contigu à la salle de soins
salle de soins	22	1	22			
local veilleuse	12	1	12			
sanitaire personnel	4	1	4			
Unité de 17 lits		26	497	1,46	726	
chambre individuelle	22	17	374			espace conçu de manière central et ouvert sur les chambres
salon/salle à manger	60	1	60			H PMR / F PMR
sanitaires	4	2	8			baignoire à hauteur variable
salle de bains	15	1	15			
local linge sale	6	1	6			
local linge propre	10	1	10			
local usage unique	6	1	6			
local rangement	10	1	10			localisation du poste "administrateur réseau"
local ménage	8	1	8			ordrs d'entretien + vidoir + stockage 1 chariot
Unité pour désorientés - 13 lits		22	462	1,46	675	
chambre individuelle	22	13	286			2 fauteuils
espace de repos - accueil de jour	14	1	14			
espace occupationnel organisé en séquence comprenant un espace salle à manger et salon	80	1	80			le concepteur veillera à répartir le coefficient de circulation donné autour de l'espace de vie, afin d'identifier un espace de libre déambulation - donnera directement sur un jardin clos - absence d'effets de seuil
cuisine thérapeutique	18	1	18			
salle de bains	15	1	15			baignoire à hauteur variable
salle de l'équipe	15	1	15			
local linge propre	10	1	10			
local linge sale	6	1	6			
local rangement	10	1	10			
local ménage	8	1	8			

Logistique **222** 1,28 **285**

office relais			56	1,3	73	
sas livraison	6	1	6			
réserves sèches	8	1	8			
zone de préparation	16	1	16			avec chambres froides
zone sale - plonge	8	1	8			
zone de lavage - désinfection	6	1	6			
local déchets	12	1	12			extérieur mais proche de l'office relais
Hygiène ménage	12	1	12	1,3	16	
linge			24	1,3	31	
local linge propre	10	1	10			accès direct depuis l'extérieur
local linge sale	8	1	8			accès direct depuis l'extérieur
local linge neuf	6	1	6			
local du personnel			25	1,3	33	
vestiaires	25	1	25			85 % femme et 15 % homme
maintenance - entretien			42	1,3	55	
atelier - magasin	22	1	22			prévoir rayonnage
garage	20	1	20			
stockage divers			28	1,3	36	
réserve usage unique	8	1	8			
stockage divers	20	1	20			
locaux techniques	35	1	35	1,2	42	

TOTAL			1341	1,42	1901
--------------	--	--	-------------	------	-------------

Coefficient de liaison fonctionnelle (4%) **76**

TOTAL SDO	1977
------------------	-------------

Rapport total SDO/SU **1,47**

Ratio/lit **65,9**