



EHESP

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

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **novembre 2021**

***Dynamisation et diversification d'un EHPAD rattaché à
un Centre Hospitalier : projet de construction/réfection***

Marie-Amélie Cloez

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier le Directeur du Centre Hospitalier pour l'opportunité qui m'a été donnée de réaliser mon stage de professionnalisation et donc mon mémoire au sein de son établissement dynamique, fort d'une équipe de direction accueillante et chaleureuse. Je remercie aussi tout particulièrement la Directrice du pôle médico-social qui m'a accompagnée dans cette démarche et qui a partagé dans la bonne humeur ses riches expériences et ses conseils précieux. Une personnalité et des valeurs partagées que je n'oublierai pas. Enfin, j'adresse mes remerciements à tous les agents ayant accepté de participer aux réunions, aux groupes de travail, aux entretiens, aux visites de chantiers ainsi qu'à ceux ayant répondu au questionnaire.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	2
1 Une architecture transformée au service de la volonté d'être un acteur clé de la prise en charge des personnes âgées	7
A. Une nouvelle architecture pour rendre effectifs les souhaits de déploiement de prises en charge adaptées	7
a) Un établissement déjà confronté aux besoins en interne de prise en charge de troubles cognitifs	7
b) Des locaux repensés pour rendre effective la spécialisation	9
B. Une opportunité pour devenir un maillon essentiel du parcours de la personne âgée sur le territoire	11
a) Une diversification de l'offre en réponse à des besoins territoriaux prégnants	11
b) Une nouvelle image de dynamisme au service de l'attractivité	14
2 Pour se faire, un projet à structurer dans différents domaines pour sa bonne mise en œuvre	16
A. Une stratégie de dynamisation de l'établissement à penser et à communiquer à tous les acteurs	16
a) Une stratégie de spécialisation à définir et à inscrire dans certains documents institutionnels majeurs	17
b) Une communication avec tous les acteurs à engager dès la définition de la stratégie ..	19
B. Deux dimensions du projet stratégique global à ne pas négliger : les financements et les ressources humaines	24
a) Des financements à penser au plus tôt sans oublier de prêter attention aux possibles opportunités au long cours	24
b) Des ressources humaines à informer, à associer et à préparer pour la mise en œuvre effective du projet stratégique global	29
Conclusion	35
Bibliographie	37
Liste des annexes	XL

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG : Assistant de Soins en Gérontologie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

CD : Conseil Départemental

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNR : Crédit Non Reconductible

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HUS : Hébergement d'Urgence Solvabilisé

MAIA : Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

PAI : Plan d'Aide à l'Investissement

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UVP : Unité de Vie Protégée

Introduction

L'établissement étudié dans le cadre de ce mémoire professionnel est un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier (CH). Il est d'ailleurs présent au sein du site du CH. Dès mon arrivée en stage de professionnalisation, j'ai effectué la visite de l'établissement puis j'ai pris le temps d'observer les bâtiments mais aussi les personnes y évoluant (leurs interactions, leurs méthodes de travail...). J'ai également participé dès le départ à tous les travaux lancés dans le cadre du projet de construction/réfection en cours. Ainsi, j'ai pu émettre rapidement les constats suivants :

- L'EHPAD est assez « spartiate » en termes d'offre : une offre unique d'hébergement permanent classique, plus forcément adaptée aux besoins du territoire eu égard aux troubles de nombreux résidents pris en charge depuis ces dernières années ;
- Il possède 228 lits installés, il est donc un acteur du médico-social important en termes de capacité dans le bassin de vie ;
- Les deux bâtiments qui le composent sont vétustes et peu adaptés aux besoins d'aujourd'hui : un des bâtiments a été construit en 1977, le second bâtiment date de 1988 ;
- Il est beaucoup présenté par les professionnels eux-mêmes de façon « sanitaire », comme une annexe de l'hôpital et non comme un EHPAD doté d'une véritable culture médico-sociale, effet accentué par un turn-over de cadres venant du sanitaire sans expérience du médico-social. L'EHPAD est même considéré par la Direction des Soins comme un lieu de formation des futurs cadres. Ainsi, se succèdent des « faisant fonction » de cadres d'années en années, sans véritable stabilité ;
- Il propose une offre accessible pour les revenus les plus bas. La grande majorité des résidents présents sont bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Le Directeur de l'établissement ainsi que la quasi-totalité de l'équipe de direction sont arrivés depuis peu de temps dans la structure (en 2020) et la crise sanitaire n'a pas permis de se pencher tout de suite sur les dossiers relatifs à l'EHPAD. Tout le travail a réellement débuté en fin d'année 2020 ;
- Le projet de reconstruction dont les travaux ont débuté en janvier 2020 est considéré par la nouvelle équipe de direction comme une priorité pour l'intégralité de l'établissement. C'est une opportunité en parallèle de la négociation du CPOM de « donner un nouveau souffle » à l'EHPAD dans un projet de construction en interne d'une filière gériatrique.

Au-delà de tous ces constats, j'ai pu également vivre au côté de la Directrice du pôle médico-social les difficultés que revêt la reprise d'un tel projet de construction/réfection en cours sans pour autant disposer de tout l'historique. L'avancée des travaux a mis en

exergue les failles sur plans du projet. Des points n'ont pas été pensés du départ bien que ces derniers soient essentiels pour un EHPAD. Par exemple, l'architecture du futur PASA ne répondait pas au cahier des charges. De même, l'UHR n'avait pas été pensée en termes de sécurité (vitrage feuilleté sécurisé, des garde-corps non adaptés sur le toit terrasse...). Un investissement important (aussi bien financier qu'en temps de travail) a été nécessaire pour « corriger » dans la mesure du possible ces oublis et/ou défaillances.

Tous ces éléments couplés à des premières recherches m'ont donc amenée à m'interroger de plus près sur la façon dont un EHPAD « hospitalier » peut devenir un acteur clé du territoire : une volonté stratégique rendue possible notamment par un projet architectural. Le projet étant déjà en cours et me confrontant régulièrement à ses écueils durant ma période de stage, j'ai souhaité me pencher davantage en tant que future directrice sur la façon dont une nouvelle dynamique peut être donnée à une structure avec comme traduction concrète un projet de construction/réfection. Je me suis donc posée plusieurs questions initialement :

- En quoi repenser et développer une offre dédiée aux personnes âgées avec des troubles du comportement permet de répondre aux besoins du territoire et de prendre part à la construction d'un parcours territorial de la personne âgée ?
- En quoi l'EHPAD repensé architecturalement peut permettre de devenir une solution d'aval adaptée à différentes problématiques aussi bien pour le CH que dans le cadre d'un maintien à domicile devenu impossible ?
- En quoi l'EHPAD repensé architecturalement peut permettre d'être une solution de répit abordable sur le bassin de vie ?
- En quoi retravailler l'architecture de l'établissement peut être un moyen de fidéliser le personnel alors que le taux de turn-over est actuellement de plus de 30% ?

Ces questions m'ont aidée à aboutir à la problématique suivante :

En quoi un projet de construction/réfection peut permettre de donner corps à une stratégie de dynamisation d'un EHPAD rattaché à un CH ?

Pour répondre à cette question, j'ai donc adopté une méthodologie de recherche que je vais m'attacher à vous décrire dans l'encadré ci-dessous :

Méthodologie :

Ce mémoire se base sur l'étude du projet de construction/rénovation de l'EHPAD d'un Centre Hospitalier. L'enjeu est d'analyser comment par le biais d'un tel projet il est possible de mettre en œuvre le déploiement d'une nouvelle dynamique pour l'établissement. Il faut entendre le terme « dynamique » dans un sens relativement large recouvrant plusieurs dimensions (diversification de l'offre, modification des organisations de travail en réponse aux besoins, développement d'une culture médico-sociale...). Je me permets pour autant de préciser que ce travail ne se veut pas exhaustif et ne traite que de quelques-unes de

ces dimensions précitées. Ainsi, il a été question d'adopter une méthodologie en plusieurs étapes :

Une première étude de la littérature s'est avérée nécessaire afin de saisir d'une part l'historique de l'établissement ainsi que du projet et d'autre part de déterminer des premières sous-questions présentées en première partie de l'introduction. Il a donc consisté en une recherche et une lecture active de tous les documents internes sur le projet et l'établissement, complétées de rapports et de revues de littérature sur le sujet.

Cette étude de la littérature a été associée à de l'observation participante tout au long du stage notamment dans différentes réunions de travail portant sur le projet à la fois auprès des équipes, des partenaires de l'établissement (Conseil Départemental (CD), Agence Régionale de Santé (ARS), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)) ainsi que des résidents. Cette même observation a été mise à l'œuvre au cours de visites commentées du chantier (six groupes de visites ont été organisés sur mon temps de présence dans la structure) pour les professionnels ainsi que dans le cadre de rencontres thématiques (deux rencontres hebdomadaires de mars à juin 2021, annexe n°1) avec les équipes dont le nouvel EHPAD faisait partie.

Dans une seconde étape, les premières observations en sus de l'étude des documents ayant permis d'asseoir une hypothèse, le travail de recherche sur le terrain put débuter. **L'hypothèse émise consista à penser que la dynamisation de l'EHPAD passe par la satisfaction des besoins territoriaux au travers du déploiement d'une offre diversifiée. C'est donc là où le projet architectural entre en jeu puisque ce dernier permet de traduire concrètement cette volonté avec des locaux adaptés désormais à de la spécialisation.** Il fut donc question dans un premier temps de rédiger le guide d'entretien à destination des professionnels (annexe n°18), l'idée étant de voir si tous les enjeux, les tenants et les aboutissants du projet architectural sont compris des personnels. Ce guide demeura le même quel que fut le grade de la personne interviewée. Il était intéressant de comparer les avis, les craintes, les suggestions, les questionnements de chacun, qui in fine bien que de grades différents, travaillent tous dans la même structure et dans un même but. Ce même guide fut appliqué aux partenaires de l'établissement. Cela a permis d'identifier les potentiels freins, les opportunités, les forces et les faiblesses de ce travail global de dynamisation. Le guide fut donc utilisé dans le cadre de cinq entretiens : trois avec des professionnels de l'établissement (annexe n°19) et deux avec des partenaires (un responsable du CD et une responsable du CLIC). Cependant, il est important de souligner à mon grand regret que peu d'agents ont accepté de participer à des entretiens. Les données récoltées sont donc analysées avec beaucoup de précautions. Ce sont davantage les réunions de travail précitées qui ont permis d'apporter des informations complémentaires, les agents étant plus amenés à s'exprimer en groupe que seuls dans le

cadre d'un entretien. Par ailleurs, je n'ai pas réalisé d'entretien à proprement dit avec la Directrice du pôle Médico-social étant donné que son point de vue sur le projet m'a été donné au quotidien au travers des travaux menés ensemble (rencontres thématiques, visites, réunions de travail...) et d'échanges informels journaliers.

Pour continuer dans le travail de recherche sur le terrain et afin de compléter les entretiens, des questionnaires (annexe n°20) ont été dispensés aux professionnels de l'établissement. Il n'a pas été question de distribuer dès le départ et en masse ces questionnaires mais plutôt de cibler les professionnels ayant visité le chantier ou participé à des réunions de suivi du projet. En effet, l'observation sur le terrain et les échanges réguliers avec les équipes dès le début du stage a mis en évidence la non-connaissance du projet et le probable désintérêt des professionnels pour ce dernier. En ce sens, il paraissait incontournable en premier lieu d'apporter des informations aux agents et de tenter de susciter leur intérêt pour le projet afin d'obtenir d'une part un taux de retour correct et d'autre part des données plus « riches ». La supposition a donc été la suivante : les agents ayant participé notamment aux groupes de visite du chantier, étaient des agents intéressés par le projet et l'avenir de la structure qui ont pu se forger un regard critique et ont été susceptibles de s'impliquer dans la démarche. Force a été de constater au vu du faible taux de retour des questionnaires que l'intérêt pour le projet a été compliqué à initier (sur six groupes de visite de dix personnes chacun où le questionnaire a été dispensé, seuls quatorze personnes ont répondu). De même, j'ai organisé une rencontre avec les résidents concernant le projet architectural et le déménagement à venir qui m'a permis d'échanger avec tous ceux étant en capacité de le faire. J'ai pu recueillir pendant deux heures et demi leurs avis, leurs interrogations, leurs craintes ainsi que leurs attentes. Cet échange officiel est arrivé tardivement eu égard au contexte sanitaire empêchant, faute d'un taux de vaccination élevé, de réunir en petits groupes les résidents. J'aurais souhaité réitérer cet échange à plusieurs reprises pendant ma période de présence, ce que je n'ai malheureusement pas pu faire.

Entretiens et questionnaires dispensés, réunions de travail et rencontres mobilisées

	Entretiens	Questionnaires	Réunions et rencontres
Répondants	5 participants	14 répondants	Plus de 50 participants
Détails	- 3 professionnels de l'établissement (1 encadrant de proximité et 2 soignants) ;	- 5 de professions intermédiaires (animation, administratif...) ; - 8 de professions soignantes ;	- 6 rencontres thématiques à minima avec les équipes ; - Environ 10 groupes de visite

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 membre du CD ; - 1 Directrice de l'Office des Séniors rassemblant le CLIC et la MAIA. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Non renseigné. 	<ul style="list-style-type: none"> du chantier avec les personnels ; - 2 réunions avec les « référents travaux » ; - 1 rencontre avec une vingtaine de résidents ; - 1 réunion avec l'équipe mobile de gérontopsy ; - 1 réunion avec les membres du CLIC et de la MAIA ; - 1 réunion et visite du chantier avec des membres de l'ARS ; - 1 réunion et visite du chantier avec des membres du CD.
--	--	--	---

La troisième étape consista à l'analyse à la fois des documents internes (institutionnels ou non), des questionnaires, des entretiens ainsi que des prises de notes des réunions, rencontres ou groupes de travail avec les résidents, les professionnels et les partenaires. Il s'agissait d'une analyse qualitative portant sur les discours tenus en réunion, en groupe de travail ainsi qu'en entretien, couplée à une analyse majoritairement quantitative pour les questionnaires et ce malgré un faible taux de retour.

Pour finir, une fois l'analyse effectuée des différents matériaux récoltés sur le terrain, l'ensemble a été travaillé pour répondre à la problématique tout en confirmant l'hypothèse émise.

Je vous propose en réponse à la problématique de traiter dans un premier temps de cette volonté de dynamiser la structure se traduisant par une diversification de l'offre sollicitée sur le territoire et rendue possible via une architecture repensée. Puis, d'aborder dans une seconde partie, la façon dont ce souhait de dynamisation doit se traduire concrètement dans le cadre du projet de construction/rénovation : quels écueils sont à éviter inspirés de l'exemple concret de l'établissement étudié.

1 Une architecture transformée au service de la volonté d'être un acteur clé de la prise en charge des personnes âgées

Un projet architectural de construction/rénovation d'un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier peut d'une part développer des prises en charge adaptées à la réalité de sa population accueillie (A) et d'autre part, permettre à l'établissement de devenir un maillon du parcours de la personne âgée répondant aux besoins territoriaux (B).

A. Une nouvelle architecture pour rendre effectifs les souhaits de déploiement de prises en charge adaptées

L'établissement étudié est un EHPAD présentant une offre simple (« C'est un EHPAD sec » selon l'une des représentantes de l'ARS, annexe n°2) constituée de 228 places d'hébergement permanent et de 2 places d'Hébergement d'Urgence Solvabilisé (HUS). Cet établissement comme d'autres dans le département est d'ailleurs déjà confronté à une population avec un nombre important de résidents présentant des troubles cognitifs (entre 24% et 100% des résidents selon les EHPAD en 2014 présentaient des troubles cognitifs (Schéma Gérontologique Départemental 2016-2021, septembre 2016)) nécessitant une prise en charge adaptée (a). En ce sens, la nouvelle architecture a donc été pensée dans une optique de spécialisation permettant de répondre également aux besoins des résidents précités (b).

a. Un établissement déjà confronté aux besoins en interne de prise en charge de troubles cognitifs

L'établissement se structure en deux bâtiments distincts scindés en six « quartiers ». À ce jour, aucun quartier n'est dédié à la prise en charge de résidents présentant des troubles cognitifs. Ils sont répartis dans les différentes unités selon les chambres disponibles au moment de leur entrée. Aucune équipe d'un quartier n'est donc spécifiquement formée et dédiée à une prise en charge adaptée ce qui engendre des difficultés au quotidien aussi bien en termes :

- De sécurisation des locaux (annexe n°3, « au niveau de la sécurité des résidents...elle n'est pas conçue comme une maison pour personnes qui déambulent et qui se sauvent ») ;
- De proposition d'activités adaptées (annexe n°3, à propos des résidents avec des troubles cognitifs : « ils aiment bien toucher, pourquoi pas prévoir des gros lego, ils ont besoin de faire quelque chose de leurs mains. ») ;
- De qualité de vie des résidents non concernés par les troubles (annexe n°3 concernant les raisons du lancement du projet architectural : « Je pense que c'est

pour sectoriser les résidents, pour séparer la population Alzheimer des gens qui ont toutes leurs possibilités »). Ce même constat est partagé par certains résidents eux-mêmes (annexe n°4) : « Est-ce que l'on entendra encore les autres résidents hurler dans les couloirs la nuit ? » ;

- De qualité de vie au travail des professionnels.

En ce sens, le projet architectural a donc été travaillé dans un but premier de spécialisation des unités dans un bâtiment unique (plan en annexe n°5) permettant de mieux prendre en charge et de séparer les résidents avec toutes leurs capacités cognitives de ceux présentant des troubles (un compte-rendu d'une réunion de démarrage du projet architectural en date du 10 novembre 2015 (annexe n°6) met en exergue la nécessité de transformer l'EHPAD actuel : « Afin d'offrir des conditions d'accueil adaptées à l'évolution de la dépendance [...], le centre hospitalier a décidé de lancer un projet de restructuration de l'EHPAD. »). Ce même constat est porté par le CD : « Il est à reconstruire et cela est inscrit dans le Schéma Gérontologique, il ne répond plus forcément aux normes de prise en charge du public accueilli. » (annexe n°2). En effet, ce principe de spécialisation est mis en avant par de nombreux écrits qui font part de la nécessité de spécialiser l'offre de service des établissements médico-sociaux. Ainsi, selon le Schéma Gérontologique Départemental 2016-2021 de septembre 2016 en page 80, « le parc [...] d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes connaît encore quelques établissements dont les conditions architecturales [...] rendent difficile voire incompatible l'accueil de certaines pathologies, notamment cognitives. » L'établissement est d'ailleurs pleinement cité au sein d'une fiche action inscrite dans ce document en page 81 : « Poursuivre l'accompagnement des EHPAD dans la modernisation et l'adaptation des établissements ». Dans le même ordre d'idée, Dunod et Eynar, 2009, évoquaient déjà une attention particulière à porter sur « des pathologies de plus en plus nombreuses parmi lesquelles la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées [...] en raison de leur prévalence de plus en plus forte dans les structures. ». Ils soulignaient donc « l'obligation de restructurer, d'agrandir ou de reconstruire » les établissements étant donné soit :

- « Le caractère obsolète du bâtiment [...] qui ne correspond plus à ce que les usagers actuels et futurs attendent d'un établissement. » ;
- La difficulté pour les professionnels dans des bâtiments anciens « d'accompagner correctement les personnes. »

Enfin, le besoin de spécialisation des structures pour mieux prendre en charge les différents types de publics est également mis en exergue par M.P. Hervy, 2013 : « L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression...Les publics accueillis présentent des profils diversifiés [...] autant de caractéristiques qui renvoient à des attentes, des besoins divers

et des manières d'habiter l'espace et de cohabiter avec les autres sensiblement différentes. »

b. Des locaux repensés pour rendre effective la spécialisation

La question s'est donc posée à l'origine de la manière dont cette spécialisation devait se décliner opérationnellement dans le cadre d'une architecture repensée (annexe n° 7 consistant en une note interne datant de juin 2014). Les réponses ont été tout droit tirées du contexte législatif et réglementaire récent découlant du Plan des Maladies Neurodégénératives 2014-2019 ainsi que de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement dite loi ASV du 28 décembre 2015 (n°2015-1776). En effet, conformément au Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la prise en charge des résidents avec des troubles cognitifs peut se faire de manière graduée :

- En premier lieu au travers d'un PASA : « le pôle d'activités et de soins adaptés autorisé au sein d'un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes [...] accueille en priorité les résidents de cet établissement ayant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel qui altèrent la qualité de vie de la personne et des autres résidents. » ;
- Puis, au sein d'une UHR : « L'unité d'hébergement renforcé héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. »

Ces deux lieux sont pensés comme des espaces dédiés, clos et sécurisés au sein d'un EHPAD où le principe est bien de séparer les résidents avec des troubles cognitifs des autres résidents pour une meilleure prise en charge. Pour le PASA, il est question d'une spécialisation en journée pour les résidents internes à la structure (conformément au décret précité) : « le pôle d'activités et de soins adaptés propose durant la journée des activités individuelles ou collectives qui concourent à la réhabilitation des fonctions cognitives [...], l'environnement architectural [...] vise à créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant et à offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, permettant d'y accueillir les familles. ». Tandis que pour l'UHR, il est question d'un hébergement à temps plein au sein de l'unité, même si cet hébergement se veut temporaire afin de stabiliser les troubles (conformément au décret précité) : « L'unité d'hébergement renforcé propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation

des capacités fonctionnelles et des fonctions cognitives. [...] La conception architecturale de l'unité vise à :

- Favoriser un environnement convivial et non institutionnel [...]
- Favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé ;
- Répondre à des besoins d'autonomie et d'intimité ;
- Prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulation sensorielle excessive pouvant être génératrice de troubles psychologiques et comportementaux. »

Par ailleurs, ce principe de prise en charge graduée dans le cadre d'espaces architecturaux dédiés est promu et décliné sur le territoire par l'ARS au travers d'appels à projet ou dans le cadre de la signature de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (annexe n°8 où il est question de la demande de l'ARS de diversifier l'offre de l'établissement dans le cadre de la nouvelle convention tripartite 2015-2019). C'est donc dans cette optique de spécialisation, conformément à la réglementation et avec l'accord de l'ARS (avec information du CD) qu'a été prévue dans le projet architectural la mise en place de deux unités de vie protégée (UVP) de 28 lits au sein de l'extension en cours de réalisation (annexe n°9 plan de l'extension) mais également d'une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de 14 lits à l'étage de l'extension ainsi que d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 12 places dans la partie rénovée. Ces trois éléments constituent donc le nouveau socle du déploiement de prises en charge adaptées pour tous les résidents y séjournant. Un seul bémol néanmoins est à souligner : il n'existe aucune reconnaissance juridique des UVP. Elles ne sont pas réglementées et sont davantage le fruit d'un usage en vigueur dans bon nombre d'EHPAD. Bien que les autorités de tarification et de contrôle connaissent leur existence et les approuvent tacitement, aucun cahier des charges officiel n'existe pour cadrer leur fonctionnement. Ainsi, les UVP prévues par l'établissement se calent sur les principes décrits dans l'Abécédaire du CD du Haut-Rhin d'octobre 2014 : « L'unité de vie « Alzheimer » correspond à un service d'hébergement et de vie collective protégé [...]. L'hébergement des personnes âgées psychiquement dépendantes doit s'organiser en relation avec les espaces extérieurs, soit généralement au niveau le plus bas (rez-de-jardin, rez-de-chaussée), selon une unité de vie clairement identifiée mais présentant les mêmes conditions d'hébergement que les autres locaux de sommeil [...]. Ces secteurs proposeront également une logistique médico-technique, des locaux de vie communautaire et des aires de déambulation spécifiques à leur service. »

L'établissement, rattaché à un CH et dont l'offre jusqu'à maintenant se veut simple et unique, peut désormais intégrer une nouvelle dynamique de diversification de l'offre et ce par le biais d'un projet de construction/rénovation. En effet, l'architecture à ce jour se révèle être un frein à la prise en charge puisqu'elle n'est pas adaptée aux besoins de la

population interne présentant pour un certain nombre d'individus des troubles cognitifs. Pour autant, ce nouvel élan pour l'établissement devrait avoir des répercussions plus larges qu'en interne.

B. Une opportunité pour devenir un maillon essentiel du parcours de la personne âgée sur le territoire

Au-delà de la réponse à des besoins de prise en charge diversifiées en interne, ce projet de construction/rénovation va également permettre à l'établissement de répondre aux besoins territoriaux en intégrant un parcours de la personne âgée en cours de structuration (a). Ce nouveau dynamisme va de fait participer à l'amélioration de l'attractivité de l'établissement par une identité recréée et des conditions de travail améliorées (b).

a) Une diversification de l'offre en réponse à des besoins territoriaux prégnants

Les réunions de travail, les entretiens ou encore les visites du chantier menés avec les différents partenaires du territoire, ainsi qu'avec les autorités de tarification et de contrôle ont tous mis en évidence des besoins sur le territoire de structuration d'un parcours de la personne âgée du domicile jusqu'à la vie en institution. Sur ce dernier point et qui touche spécifiquement l'EHPAD en tant que structure, les données que j'ai récoltées sur le terrain mettent clairement en évidence un besoin sur le territoire d'offres de prise en charge diversifiées mais surtout accessibles en termes de prix.

Ainsi, en tout premier lieu au sein du Schéma Gérontologique Départemental 2016-2021 de septembre 2016, est mis en évidence une augmentation du nombre de personnes âgées sur le territoire départemental et dont une majeure partie des plus de 85 ans est localisée en zones urbaines dont l'établissement étudié ici fait partie (de 1000 à 3000 individus de plus de 85 ans au sein de la communauté de communes à laquelle appartient l'établissement). De même, il est évoqué un phénomène de « précarisation des catégories de retraités » à l'image de la situation nationale. Aux vues de ces premiers éléments, l'entretien avec un des membres du CD ainsi que la réunion de travail avec d'autres membres de ce même CD n'ont fait que confirmer ce besoin de diversification de l'offre sur le territoire (annexe n°2) : « Écoutez c'est très bien mais on ne va pas faire juste un EHPAD, il faut faire quelque chose. ». Par ailleurs, l'importance d'un EHPAD accessible socialement a également été mis en avant par ces interlocuteurs (annexe n°2) : « L'objet social de l'EHPAD le V comme EHPAD public, il faut continuer à avoir des prix attractifs et accessibles. ».

Ce même besoin d'offres diversifiées sur le territoire a également été souligné par les membres de l'ARS rencontrés au cours de la visite du chantier et de la réunion de travail qui s'en est suivie. Je regrette malheureusement de ne pas avoir pu obtenir un entretien avec l'un des membres pour pouvoir aborder plus librement certaines de mes interrogations. Un retour par mail m'a fait part de l'impossibilité de me proposer de rencontrer un des membres de la délégation territoriale en charge du suivi du projet. Ils ont donc souligné (annexe n°2) « que de se dire qu'au 21ème siècle on propose un EHPAD comme avant, c'est fou » et « que c'est pour ça que l'on développe des offres de services plus spécialisées. ».

De même, les partenaires du territoire spécialisés dans le secteur personnes âgées avec lesquels j'ai pu échanger dans le cadre d'un entretien (avec la Directrice du CLIC) ou de réunions de travail (la pilote MAIA ainsi que le Médecin en charge d'une équipe de gérontopsy) confirment des besoins à l'heure actuelle non satisfaits dans le bassin de vie (annexe n°2) :

- « Vous avez raison pour la priorité d'ouvrir le PASA et les UVP, il y a un besoin pour les personnes désorientées, l'offre classique n'y répond pas sur C. » (Directrice du CLIC) ;
- « Pour l'HTU, c'est un projet mis en place à la suite des constats de la MAIA. » (Pilote MAIA) ;
- « L'offre serait désormais plus adaptée aux profils d'ici. » (Directrice du CLIC).

Le projet de construction/rénovation répond donc à une grande attente et ce depuis plusieurs années de l'ensemble des acteurs du territoire rencontrés (partenaires et autorités de tarification et de contrôle, annexe n°2) :

- « Ce projet de construction qui date d'au moins quatorze ans. » (Membre du CD) ;
- « Au départ l'établissement n'était que sur de l'hébergement permanent classique. Finalement ce retard a permis au CH de prendre conscience des besoins et des difficultés. » (Directrice du CLIC) ;
- « Ah oui quand même, on passe de rien à tout. » (Pilote MAIA).

Pour autant au-delà même de la mise en évidence de besoins non satisfaits sur le territoire, il s'agit surtout pour ces différents acteurs précités de répondre à la demande mais de manière structurée au sein d'un parcours de la personne âgée. C'est d'ailleurs à cette même idée qu'adhère pleinement la Directrice du pôle médico-social nouvellement arrivée (mars 2020) ainsi que le Directeur du CH, arrivé récemment également (septembre 2019). Pour ces deux Directeurs, il s'agit de répondre aux besoins à la fois au sein du CH avec une filière gériatrique interne mais également en provenance du domicile avec un parcours de la personne âgée mêlant la ville, le sanitaire et le médico-social. En effet, l'étude des entrées au sein de l'EHPAD pour l'année 2019 (annexe n°10) révèlent que sur 46 entrées au total, 40 entrées proviennent du sanitaire à savoir le CH et 6 proviennent du

domicile. J'ai sciemment choisi d'étudier les entrées des résidents en 2019 et non en 2020 étant donné le contexte sanitaire qui a bouleversé le système des admissions cette année-là. Plusieurs constats sont à faire de ces données :

- La majorité des entrées proviennent du CH. Il aurait été intéressant de pouvoir étudier concrètement si ces arrivées se faisaient dans des situations extrêmes avec une santé dégradée où le maintien à domicile poussé à son paroxysme, s'avérait désormais impossible. Je n'ai malheureusement pas pu le faire, ces données ayant un caractère médical auquel je ne suis pas habilitée à accéder. Il en ressort néanmoins pour la Directrice du pôle médico-social en échangeant avec l'équipe médicale et les assistantes sociales du CH, une impression que ces entrées pour la plupart se font dans la précipitation avec des situations sociales dégradées et sans anticipation ;
- Le développement d'un partenariat plus poussé avec les acteurs de la ville semble important à développer.

C'est d'ailleurs dans cette optique que la Directrice du pôle Médico-social a institué plusieurs réunions de travail avec le CLIC et la pilote MAIA du territoire pour développer des liens plus étroits. Une volonté d'ailleurs partagée par ces acteurs précités (annexe n°2) : « Je vais interroger les collègues d'autres CLIC et MAIA. Ce serait bien de leur envoyer le projet, il est important de prendre en considération ce projet pour montrer ce qui ne sera pas couvert et comment articuler les différents projets pour compléter l'offre globale. » (Directrice du CLIC). Enfin, la Directrice du pôle médico-social a également intégré et participé (j'ai assisté à la première réunion du COPIL en juin 2021) au COPIL d'un projet instituant un village prenant en charge les personnes atteintes de troubles cognitifs à l'image des « Villages Alzheimer » développés aux Pays-Bas. L'EHPAD pourrait être alors la suite logique quand le maintien dans ce type de village n'est plus possible ou qu'il ne répond pas aux attentes et besoins. Cette même idée est d'ailleurs partagée par la pilote MAIA (annexe n°2) : « L'étude de faisabilité démontre qu'il y a un besoin [...] c'est l'entre deux et vous ça serait quand le maintien à domicile et dans ce village n'est plus possible. »

Enfin, sans se cantonner aux partenaires et aux autorités de tarification et de contrôle, il était important pour moi d'interroger les agents sur ce sentiment de réponse à des besoins du territoire possible par ce projet architectural. Il s'avère qu'au travers des quatorze questionnaires réceptionnés (annexe n°11) :

- 14 répondants/14 estiment que le développement de prise en charge spécifiques type UVP répond à un besoin ;
- 13 répondants/14 estiment que le déploiement d'un PASA répond à un besoin ;
- 12 répondants/14 pensent que le déploiement d'une UHR répond à un besoin.

Pour autant, ces résultats sont à prendre avec précaution étant donné d'une part le faible taux de réponse et d'autre part, le fait que je n'ai pas été assez précise dans la formulation de mes questions. Je n'ai pas demandé si cela répond aux besoins dans l'établissement et/ou sur le territoire. Je ne peux donc que supposer que les agents ont davantage répondu au regard de la situation dans l'EHPAD plutôt qu'en fonction du bassin de vie.

b) Une nouvelle image de dynamisme au service de l'attractivité

L'EHPAD actuel souffre d'une image en interne globalement négative auprès des équipes. Ainsi, il ressort des questionnaires dispensés aux agents les adjectifs suivants (annexe n°11) :

- « Vieillissant » (cité treize fois sur quatorze répondants) ;
- « Froid » (cité onze fois sur quatorze répondants).

La même image négative transparaît des entretiens avec des agents de l'établissement : (annexe n°3) « On travaille dans des locaux pourris », « C'est délabré maintenant » ... Ces derniers mettent également en évidence une image externe peu flatteuse : « C'est un mouvoir », « avant le V n'était pas bien considéré » ... Image partagée par les autorités de tarification et de contrôle (annexe n°2) : « Il y a une mauvaise image. L'EHPAD le V est vu comme un vieil EHPAD » pour le CD et « C'est un EHPAD tout sec » pour l'ARS. A contrario, du côté des résidents, ces derniers semblent attachés à la structure en l'état et redoute davantage l'inconnu que représente le déménagement à venir (annexe n°4) : « Est-on obligé de venir dans le nouveau bâtiment ? », « Une fois les travaux terminés, serons-nous obligés de rester dans ce bâtiment ? », « Ne peut-on pas rester au V pendant les travaux ? ». Pour autant l'établissement ne connaît pas (en dehors de la crise sanitaire) de problèmes de taux d'occupation étant donné son tarif journalier pratiqué qui est le plus bas du département. Cette qualité est d'ailleurs reconnue par les agents et plébiscitée par les autorités de tarification et de contrôle comme évoqué précédemment : l'adjectif « accessible » a été cité dix fois sur quatorze agents interrogés (annexe n°11).

Par ailleurs, les nombreux échanges informels et formels avec la Directrice du pôle médico-social ont mis en exergue son sentiment d'être confrontée à un établissement très empreint de la culture sanitaire puisque rattaché à un CH et peu marqué par la culture médico-sociale. Des agents eux-mêmes le reconnaissent au travers des entretiens (annexe n°3) : « Un EHPAD très hospitalier » et « Je trouve que pour un EHPAD on ne devrait pas parler de qualité des soins. ». Les membres de l'ARS sont arrivés également au même constat lorsqu'en réunion de travail post-visite du chantier, ces derniers ont pris connaissance du document de synthèse présentant les interrogations des agents sur le projet architectural (annexes n°2 et n°12) : « Oui c'est un EHPAD hospitalier c'est normal. »

Cette mauvaise image globale aussi bien en interne qu'en externe ne participe pas à l'attractivité de l'établissement. Même si du côté du taux d'occupation, le tarif journalier compétitif joue en la faveur de la structure, du côté des personnels, l'établissement souffre d'un turn-over élevé et de nombreux postes vacants. Bien que le turn-over soit certainement multifactoriel, il n'en reste pas moins que l'image de l'établissement a un effet dessus comme l'exprime les agents (annexe n°3) : « Pourquoi tu es venu là, qu'est-ce que tu as fait ? mais ça peut être un choix de venir ici non ? ». Cependant, le projet architectural va s'accompagner forcément d'une hausse du tarif, l'accessibilité mise en avant va donc s'avérer moindre, comment dans ce cas continuer à attirer ? Le projet architectural va s'avérer être un support à l'amélioration de l'attractivité par une nouvelle image. En effet, si l'on se réfère à l'article de A. Moret, 26 juillet 2016 : « Un nouvel enjeu se fait jour pour les maisons de retraite, [...] dans les années à venir, vu qu'il y a une nouvelle génération avec des nouvelles attentes qui va arriver, il va falloir adapter les offres de services à la fois pour renforcer la satisfaction, la rentabilité et l'attractivité. » Le projet architectural puisque permettant de diversifier les offres, rentre pleinement dans ce cadre. Au-delà même de la diversification de l'offre, les impacts sur les conditions de travail sont à prendre en compte également. Les agents rencontrés ont exprimé les difficultés vécues à exercer leurs fonctions dans des locaux vieillissants et non adaptés (annexe n°3) : « C'est global, on travaille dans des locaux pourris, la qualité de vie au travail n'est plus la même qu'avant. », « Déjà au niveau ASH, allez faire du propre avec ce qui est déjà sale parce que c'est vieux. », « Vous n'avez pas l'impression de faire du bon travail, vous faites la chambre à fond mais il y a tous les défauts à côté. Ce n'est pas neuf. ». Le projet architectural doit donc permettre aux agents de travailler dans des locaux neufs et logiquement mieux pensés. D'ailleurs, suite aux visites du chantier par des agents, quelques répondants au questionnaire ont souligné l'aspect « lumineux » (annexe n°11) de la nouvelle extension, un point de départ en faveur d'une amélioration de la qualité de vie au travail.

Enfin, le développement d'une identité médico-sociale est un élément à travailler afin d'améliorer l'attractivité aussi bien auprès des futurs résidents que des futurs professionnels et des professionnels libéraux. Là encore, le projet architectural est un support à la création de cette identité : d'une part parce que toutes les équipes vont être réunies en un seul bâtiment pour travailler en commun avec des pratiques plus ou moins harmonisées, d'autre part parce qu'elles vont véritablement étoffer leurs connaissances en termes de prises en charges médico-sociales avec ces nouvelles offres diversifiées et enfin parce que les locaux et les outils de travail seront neufs, ce qui est plus appréciable pour les professionnels et les libéraux susceptibles d'intervenir dans le structure. C'est d'ailleurs ce que souligne un des agents rencontrés (annexe n°3) : « La création de l'identité visuelle de l'EHPAD, ça serait bien j'y reviens. Je trouve que sur le livret d'accueil le logo de l'hôpital ça me gêne et on n'est pas l'hôpital. ». La Directrice du pôle médico-social a d'ailleurs

insisté auprès des résidents et des agents à de nombreuses reprises sur le fait de créer une nouvelle identité à l'établissement avec un nouveau nom global ainsi qu'un nouveau nom pour chaque unité, l'idée sous-jacente étant de pouvoir communiquer notamment en externe sans subir de représentations négatives et de préjugés. C'est un point que partage l'un des membres de l'ARS (annexe n°2) en évoquant : « De fait ça va créer un nouvel établissement ». Et c'est sur cette idée d'un nouvel établissement et d'un nouveau dynamisme que doivent maintenant s'appuyer les leviers de l'attractivité : l'EHPAD devrait devenir un point fort du CH au sein de sa filière gériatrique mais également une structure à part entière ancrée au sein du paysage médico-social.

Le projet architectural se révèle donc être un moyen pour permettre à un établissement rattaché à un CH d'être plus dynamique. Cependant, il faut être vigilant à le travailler sous différents angles pour s'assurer qu'il œuvre effectivement à un nouveau dynamisme avec tous les effets positifs escomptés.

2 Pour se faire, un projet à structurer dans différents domaines pour sa bonne mise en œuvre

Tout projet architectural doit être travaillé en amont, durant la construction mais également suivi à la livraison et pendant un certain laps de temps. L'expérience de l'établissement évoquée dans le cadre de ce mémoire met en évidence un certain nombre de dimensions à ne surtout pas négliger pour s'assurer du bon déroulement du projet. A défaut, ce dernier prendra forme mais sera vécu comme « subi » par les résidents et leurs familles ainsi que par les professionnels. Des conséquences en découleront qui viendront ternir le dynamisme recherché initialement. J'axe donc mes points de vigilance sur plusieurs domaines :

- L'importance de définir et d'exposer la stratégie dont le projet de construction/rénovation est un moyen de mise en œuvre (A) ;
- Le caractère majeur des finances et des ressources humaines pour le bon déploiement du projet architectural et donc de la stratégie au global (B).

A. Une stratégie de dynamisation de l'établissement à penser et à communiquer à tous les acteurs

La volonté de donner un nouveau dynamisme à une structure et notamment à une structure rattachée à un CH doit faire l'objet d'une stratégie claire (a) communiquée régulièrement (b) pour embarquer tous les acteurs.

a) Une stratégie de spécialisation à définir et à inscrire dans certains documents institutionnels majeurs

Chaque établissement a l'obligation de se doter de plusieurs outils légaux constituant la feuille de route stratégique de la structure négociée avec les autorités de tarification et de contrôle. Cette exposition claire de la stratégie envisagée est également un moyen d'obtenir différents financements que j'exposerai dans une sous-partie ultérieure.

Ainsi, pour commencer, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure parmi les sept outils obligatoires d'un établissement médico-social dont fait partie l'EHPAD, la définition d'un projet d'établissement : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du Conseil de la Vie Sociale... ». Il est donc question d'exposer la stratégie globale envisagée par l'établissement sur les cinq ans à venir déclinée en objectifs, eux-mêmes traduits en fiches actions afin d'assurer la déclinaison opérationnelle au quotidien. Il est aisé de comprendre qu'une stratégie de spécialisation au travers d'une diversification de l'offre est un point essentiel du projet d'établissement puisqu'elle nécessite de mettre en œuvre de nombreuses actions notamment en termes de soins (le projet-médico-soignant), de coopération, d'ouverture à l'extérieur, de coordination en interne ainsi que de disponibilités et de formation des ressources humaines (le projet social). Lorsque cette dernière pour se réaliser signifie l'évolution architecturale de la structure, les dimensions à mettre en action devant figurer dans le projet d'établissement sont d'autant plus nombreuses (finances, logistique, technique...). Sur ce point, les deux autorités de tarification et de contrôle en entretien et en réunions de travail ont souligné l'importance du projet d'établissement pour guider l'action (annexe n°2) : « Il faut réécrire le projet d'établissement en fonction des nouvelles perspectives de l'EHPAD. Il faut le prendre en compte dans le travail quotidien, profiter que l'établissement se spécialise pour mettre en place des actions permettant de bien prendre en charge ce type de public. » (Pour le CD), « en fait le projet immobilier bouleverse complètement votre projet d'établissement. » (Pour l'ARS). Pour autant, l'étude de la situation de l'EHPAD pose question au regard de l'ancienneté du projet. En effet, les premières démarches ont débuté en 2015. Cependant, le projet d'établissement du CH 2015-2020, intégrant l'EHPAD, n'est pas conçu, pour la partie relative au médico-social, autour de la spécialisation de l'offre souhaitée et du projet architectural en découlant. A contrario, la convention tripartite 2015-2019 (annexe n°13) intègre pleinement cette stratégie notamment au travers de la fiche action n°1 page 22 « Améliorer les conditions

d'accueil des résidents et la prise en charge des résidents atteints de la pathologie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ». Il est donc étonnant de voir que ces deux documents ne sont pas en phase alors qu'ils ont été élaborés à la même période et prennent en compte logiquement tous les deux les résultats de l'évaluation externe de juin 2015. La même évaluation externe qui a d'ailleurs constaté en pages 50 et 51 (annexe n°14) : « Le projet d'établissement et ses différents volets (projet médical, projet qualité et sécurité des soins, projet social, projet de soins) réalisé précédemment n'est plus d'actualité et n'a pas été validé par les instances, ce projet ne comportait pas de volet spécifique EHPAD ni la construction d'une véritable filière gériatrique [...]. De ce fait la filière gériatrique n'étant pas une priorité institutionnelle, l'établissement n'a pas pu se saisir des opportunités que pouvaient offrir le Plan Solidarité Grand-Âge 2007-2012 ou le Plan Alzheimer 2008-2012 : création de PASA, d'UHR, UVP, Accueil de jour... [...]. Axes d'amélioration :

Travailler sur le nouveau projet d'établissement en y reconnaissant pleinement le secteur des personnes âgées. [...] ;

Innover dans les modes de prise en charge. ». Dans le contexte temporel, l'évaluation externe de 2015 se penchait sur le précédent projet d'établissement. Pour autant, force est de constater que le projet d'établissement 2015-2019, prévu je le rappelle pour l'ensemble de l'établissement hospitalier y compris l'EHPAD, n'a pas forcément laissé davantage de place au médico-social. Seules trois pages y sont présentes, très succinctes qui ne tirent pas d'enseignement des pistes d'amélioration proposées dans le cadre de l'évaluation externe. J'ai pour ma part retrouvé un autre document présenté comme le projet d'établissement de l'EHPAD et de l'USLD qui aborde davantage dans le cadre d'un tableau synthétique le projet architectural mettant en œuvre la future spécialisation de l'établissement (annexe n°15). Cependant, ce document n'est demeuré qu'un document de travail, non validé par les instances et par conséquent non diffusé auprès des professionnels. Il en résulte donc un projet d'établissement qui « nie » la stratégie de l'EHPAD ainsi que ses implications d'où les propos tenus par les autorités de tarification et de contrôle qui sollicitent en 2021, alors que la construction a déjà débuté depuis janvier 2020, un projet d'établissement incluant la stratégie de spécialisation à l'aide du projet architectural. Il s'agit vraisemblablement d'une erreur à éviter, le projet d'établissement permettant d'asseoir sur le papier la stratégie pour les cinq années à venir et d'embarquer par son biais les autorités de tarification et de contrôle ainsi que les professionnels. Il est un support de communication essentiel. Cette absence de projet véritablement structuré pour l'établissement peut expliquer nombre de difficultés rencontrées que je vais exposer dans les sous-parties suivantes.

De même, tout EHPAD a désormais l'obligation de signer un CPOM. Ce dernier est un outil légal permettant d'asseoir d'un commun accord avec les autorités de tarification et

de contrôle la stratégie de la structure en fonction des moyens alloués. Ainsi, le CPOM évoqué dans l'Ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005, s'est vu réaffirmé par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) en le substituant à la Convention Tripartite et généralisé aux EHPAD notamment par le biais de l'Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017, 3 et 7 : « Les lois [...] inaugurent une nouvelle ère de la contractualisation du secteur médico-social par la consécration de l'outil « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » (CPOM) qui permet de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) en fixant des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements [...]. Sur les deux secteurs, la généralisation des CPOM, dans la lignée des conventions tripartites ou des CPOM préexistants, a vocation à poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes hébergées ou accueillies. ». Concernant l'EHPAD étudié, le CPOM n'est pas encore signé, le calendrier ayant été décalé depuis le début de l'année 2020 eu égard au contexte sanitaire. La convention tripartite précédente est donc exceptionnellement prorogée jusqu'à la conclusion du CPOM devant normalement intervenir au terme de l'année 2021. Tout un travail va donc devoir être mis en œuvre pour adapter la stratégie de l'EHPAD à la réalité de l'avancée des travaux en sachant que les objectifs fixés et moyens alloués dans la Convention Tripartite tiennent compte d'une stratégie qui n'était encore qu'à ses balbutiements en 2015. Les autorités de tarification et de contrôle en ont d'ailleurs bien conscience au même titre que la Directrice du pôle médico-social puisque ce point a fait l'objet de plusieurs échanges (annexe n°2) : « On est effectivement dans l'environnement CPOM et c'est dans ce cadre que l'on parlera de budget [...]. Il est toujours possible au travers du CPOM d'avoir des actions financées en plus. » (Pour le CD), « On en reste là et le CPOM on vous dira à quel moment on le reprogramme. » (Pour l'ARS). Il s'agit là encore d'un document primordial de dialogue avec les autorités de tarification et de contrôle pour inscrire « noir sur blanc » la stratégie de l'établissement. Il convient donc de s'appliquer dans la démarche et de le considérer également comme un outil de communication avec l'ARS et le CD sur cinq ans.

b) Une communication avec tous les acteurs à engager dès la définition de la stratégie

Une fois la stratégie définie et le projet architectural en découlant pensé, la communication doit entrer en jeu. Elle est un maillon essentiel pour fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un projet global commun. Plusieurs rapports portant sur les opérations de rénovation/construction d'établissements médico-sociaux comme les EHPAD consacrent un chapitre à la communication. Ainsi, le guide de bonnes pratiques de la Caisse Nationale

de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL) de février 2021 met en avant l'importance de la communication, 33 - 40. Il expose plusieurs objectifs à la communication autour d'un projet architectural :

- « Pour accompagner au changement, expliciter les évolutions en cours et favoriser l'adhésion des différents acteurs au projet ;
- Pour encourager les agents à s'investir dans la démarche participative et prendre part aux différents groupes de travail ;
- Pour informer et ou rassurer les résidents et les familles ;
- En interne et en externe pour valoriser et faire connaître le projet et renforcer sa légitimité. »

Il ajoute qu'il convient de « définir une véritable stratégie de communication en procédant à :

- Un état des lieux des outils de communication existants dans l'établissement ;
- La formalisation d'un plan de communication sur la durée du projet. »

Le rapport donne par ailleurs quelques exemples d'actions de communication (internes et/ou externes) et met en exergue l'importance d'une communication continue sur l'avancée du projet (page 37) :

- « La création d'une frise chronologique au sein de l'EHPAD installée dans un espace dédié afin de permettre aux agents de visualiser l'intégralité de la démarche et de se repérer dans l'avancée du projet ;
- La construction d'une maquette et son exposition pour permettre aux agents de se projeter ;
- La mise en place d'un point relais (une salle dédiée) afin que les agents identifient un lieu au sein duquel ils pourront trouver les réponses à leurs questions ;
- La diffusion d'une newsletter qui peut être imprimée sous format papier et affichée dans des endroits stratégiques, elle présente l'avantage de convenir pour une diffusion de l'information auprès des professionnels et des familles. »

La communication à tous niveaux aussi bien en interne qu'en externe, permettrait selon ce rapport de susciter l'adhésion au projet des différents acteurs : résidents, familles, professionnels, partenaires et autorités de tarification et de contrôle. Il faut par ailleurs envisager la communication de manière large, c'est-à-dire qu'elle peut aussi consister en la mise en place d'une démarche participative avec les résidents, les agents et les familles. Ils peuvent devenir acteurs du projet afin de favoriser leur adhésion et ce dès le lancement du projet. D'ailleurs, pour commencer ils sont censés tous connaître le projet de l'établissement et donc sa stratégie grâce à minima à une communication autour de ce dernier. Le rapport cite ainsi des exemples de démarches participatives avec les agents en page 17 : « Dans une démarche participative, les agents sont à la fois concepteurs et utilisateurs. Trois modèles de participation et de sollicitation des personnels se dessinent :

- La mobilisation récurrente d'agents « fil rouge » tout au long du projet ;
- La mobilisation du quotidien en fonction des plannings ;
- La mobilisation ciblée en fonction des thématiques. »

La communication est également mise en avant dans un autre rapport plus ancien émanant de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) de 2012, 72 - 76. Un chapitre est également dédié à la communication, notamment les atouts d'une communication préparée : « Les actions de communication pour des projets qui concernent un grand nombre d'acteurs (internes et externes) permettent de :

- Tenir informés les agents [...] de l'avancement du chantier puis de la préparation du déménagement et de la mise en service du bâtiment ;
- Donner de la visibilité sur les principes architecturaux, les nouvelles organisations et les nouveaux modes de fonctionnement ;
- Limiter la propagation des rumeurs ;
- Préparer les usagers aux nouvelles conditions d'accueil et de prise en charge ;
- Tenir informer régulièrement les partenaires institutionnels et les autres établissements. »

Ce rapport met davantage en évidence les effets bénéfiques sur le bien-être des résidents et la qualité de vie au travail des agents qu'apporte une communication travaillée et régulière. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que l'information est un droit primordial des résidents rappelé par le Défenseur des Droits dans son rapport du 4 mai 2021, 10 : « Le droit à l'information sur les modalités de prise en charge du résident, ses droits, les protections particulières, légales et contractuelles ainsi que les voies et recours à sa disposition est consacré à l'article L.311-3 alinéa 6 du CASF et à l'article 3 de la charte des droits. Cette information doit être claire, compréhensible et adaptée aux besoins de la personne. »

La réalité de l'EHPAD étudié vient illustrer les écueils d'une communication peu préparée et ce depuis le départ. Ainsi, je n'ai retrouvé que peu de comptes-rendus de réunions de travail avec les équipes au lancement du projet architectural. C'est donc une première difficulté pour la Directrice nouvellement arrivée de ne pas pouvoir s'appuyer sur un historique solide. Cette absence de stratégie de communication auprès des équipes a d'ailleurs été soulignée lors des entretiens avec certains d'entre eux ainsi qu'au cours de plusieurs rencontres thématiques dans les quartiers (annexe n°3) : « Les réunions, on n'a pas toujours été informé de quand elles se déroulaient. ». C'est d'ailleurs une des attentes exprimées par les agents sur la poursuite du projet : une communication au fil de l'avancée des travaux (annexe n°3, « La première des attentes était d'être tenu au courant au fil du projet. », « Nous mettre au courant de l'évolution des travaux, de tout ce qui se passe. »). De même, les quelques réunions qui ont pu être organisées à l'époque avec les agents n'ont pas été bien perçues, en cause certainement, une communication mal préparée

(annexe n°3) : « On a eu le sentiment en posant nos questions que c'était déjà établi. », « Ça ne nous a pas servi à grand-chose, on ne nous écoutait pas. », « Tout ce que l'on disait, on n'entendait que ça a été fait autrement. ». Ces manquements au niveau de la communication ont amené à mon sens à la méconnaissance du projet que j'ai pu constater dès mon arrivée dans la structure en fin d'année 2020. Cette dernière s'est d'ailleurs couplée avec un certain désintérêt pour le projet de la part des agents que j'ai pu appréhender (annexe n°3) : « Si on nous convie à des réunions et que l'on ne nous écoute pas, ça ne sert à rien...c'est ce que l'on a ressenti, je pense que c'est pour ça que l'on s'est détaché du projet. ». Les difficultés que j'ai rencontrées sur le terrain à susciter la participation des agents aux groupes de visite du chantier ainsi qu'aux réunions avec des « référents travaux » de chaque quartier sur la base du volontariat expriment bien ce désintérêt. Un désintérêt qui peut aussi représenter une forme de protection par rapport à l'inconnu. Le nombre de répondants à mon questionnaire (14) ainsi que le nombre d'agents ayant accepté de participer à des entretiens (3) traduisent bien une certaine distance prise par les professionnels vis-à-vis du projet. De même, les questions posées tout au long des différentes rencontres thématiques avec les équipes (annexe n°1) et consignées dans un compte-rendu d'une réunion avec les « référents travaux » du 26 mai 2021 (annexe n°12) montrent bien la « découverte » du projet par la plupart des professionnels et ce moins d'un an avant un premier déménagement. L'ARS a d'ailleurs bien conscience de cette réalité comme en témoignent l'une des remarques formulées en réunion de travail (annexe n°2) : « C'est pour ça que je vous pose la question du déménagement car cette première étape est dans sept mois et ce sera un gros bouleversement pour les équipes et au vu de la nature des questions posées (en regardant le compte-rendu de la réunion avec les référents travaux du 26 mai 2021). ». Au-delà des professionnels, j'ai relevé cette même méconnaissance du projet vis-à-vis des résidents et des familles. Une fois de plus, la recherche d'éléments historiques institutionnels sur une communication auprès des résidents a été vaine. Par ailleurs, de manière informelle, les équipes et les membres de l'équipe d'animation ont plusieurs fois fait part oralement de l'inquiétude des résidents et des familles sur le projet et de l'absence de communication à cet effet. D'ailleurs, les questions posées par les résidents lors de la rencontre du 23 juin 2021 (annexe n°4) mettent en exergue cette méconnaissance du projet architectural. Du côté des partenaires, le même constat est à faire. Une réunion de travail avec l'équipe mobile de géronto-psy a mis en évidence la non communication sur la diversification de l'offre à venir (annexe n°2) étant donné la surprise exprimée par le médecin. Du côté du CLIC et de la pilote MAIA, le manque de communication sur le projet est exprimé (annexe n°2) : « Ainsi tout au début, il était prévu uniquement des UVP mais pas de PASA ni d'UHR. », Dans l'agglomération on ne l'a pas du tout évoqué, on n'a pas conscience de ce projet. A force on n'y croyait plus. ». Il en va de même du côté des autorités de tarification et de contrôle étant donné les questions

posées lors des différents échanges (annexe n°2) : « Vous pouvez me rappeler quand vous allez pouvoir déménager les 110 résidents ? », « Donc l'UHR pas avant 2023 ? », « Vous n'avez pas d'accueil de jour ? » (Pour l'ARS). D'ailleurs, ce manque de communication a été à l'origine d'un quiproquo initial concernant la capacité globale de la structure entre l'ARS et l'établissement obligeant à modifier les plans architecturaux à la dernière minute. C'est en tous cas ce que met en avant un des membres du CD (annexe n°2) : « on n'arrêtais pas de dire que l'établissement est prêt à faire une extension de places mais dites-leur que vous n'avez pas les crédits et que vous ne les suivez pas. Il a fallu refaire des ajustements sur les plans pour réduire et revenir à la capacité actuelle en intégrant l'UHR. L'architecte de l'ARS a émis des observations pertinentes mais tardives, il a fallu réajuster dans un cadre déjà bien avancé tenant compte des caractéristiques et des demandes des personnels, à la fin on se retrouve avec ce que vous avez. ».

Cette situation permet de tirer quelques enseignements concernant la mise en place d'un projet architectural. Il est clair que la première chose passe par la stabilité autant que faire se peut de la Direction. En effet, un changement de direction au cours du projet architectural perturbe notamment la communication avec l'ensemble des acteurs. À cela s'est en plus ajoutée une période de crise sanitaire dans le cas présent. Des réunions et des échanges ont certainement été engagés au lancement du projet mais les traces de ces derniers et la continuité de la communication se sont perdues. Par ailleurs, les documents institutionnels comme le projet d'établissement ne sont pas à négliger. Ils doivent être les premiers vecteurs de communication sur la stratégie globale et le projet de construction/rénovation en découlant. Le projet d'établissement doit à mon sens faire l'objet d'une communication synthétique (format papier, par mail ainsi qu'à l'occasion d'une réunion) auprès des résidents, des familles et des professionnels, en plus d'être mis à leur disposition pour consultation. Il est également le support d'échanges clairs avec les autorités de tarification et de contrôle complémentaire au CPOM. C'est de ce point de départ que peuvent ensuite partir les communications sur le projet architectural. Il faut à mon sens que la communication s'organise pour les professionnels dès le départ au travers d'une démarche participative avec des agents « fil-rouge » qui se chargeront eux-mêmes de véhiculer de l'information auprès de leurs collègues. Par ailleurs, différents canaux de communication peuvent être utilisés. J'ai tenté ici de mettre en place des vidéos de suivi du chantier à la fois pour diffusion aux professionnels via l'intranet ainsi qu'auprès des familles via une borne numérique à l'accueil de l'établissement. J'ai réalisé également une vidéo détaillée et commentée de la visite du chantier pour les résidents mais le support s'est révélé moins adapté, ces derniers préférant des photographies. Ces différents moyens de communication ont été globalement appréciés mais ils sont arrivés trop tard pour réellement assurer l'adhésion des acteurs et garantir un déménagement en décembre 2021 sans trop de difficultés. Il est donc très important à mon sens de déterminer deux à trois supports de

communication dès le lancement du projet et de s'y tenir tout au long des différentes étapes (lettre d'information, compte-rendu de réunions, diffusion de photographies...). Un démarrage trop tardif, ne permet pas de fédérer les acteurs. Je dirai même que la communication peut être couplée avec des échanges en proximité réguliers avec les équipes pour augmenter les chances d'adhésion au projet. Il en va de même du côté des partenaires où j'ai développé de la communication externe via les réseaux sociaux du CH. Encore une fois, une communication trop tardive.

La définition d'une stratégie et sa communication auprès des acteurs impliquent ensuite de travailler en mode projet. Il est donc question de traiter toutes les dimensions de la stratégie pour s'assurer de son déploiement sur les cinq années à venir. J'ai choisi d'apporter une attention particulière à deux dimensions en fonction de l'EHPAD étudié et de la réalité vécue sur le terrain.

B. Deux dimensions du projet stratégique global à ne pas négliger : les financements et les ressources humaines

L'étude de cet EHPAD a mis en évidence que des financements pensés au plus tôt permettent de travailler le projet architectural en évitant autant que faire se peut les incertitudes et les modifications de dernière minute (a). Il en va de même avec les ressources humaines qui doivent être impliquées dès le début de la démarche pour s'assurer de leur adhésion ou à minima de leur participation (b). Le projet ne doit pas être vécu comme « subi » laissant dans ce cas présager de nombreuses difficultés à venir (absentéisme, résistances accrues aux changements...).

a) Des financements à penser au plus tôt sans oublier de prêter attention aux possibles opportunités au long cours

La publication de l'ANAP du 5 juillet 2016, *Impact d'un investissement sur le prix de journée en EHPAD*, fiche action n°11, insiste sur l'importance de chercher à subventionner un projet architectural pour limiter notamment le poids financier pesant sur l'établissement. Au-delà de l'autofinancement, l'emprunt s'avère être la principale source de financement d'un tel projet. Cependant, si l'on peut simplifier au maximum le raisonnement, un emprunt contracté augmente comptablement les dettes d'un établissement et nécessite de pouvoir le rembourser. Il représente une charge financière supplémentaire qu'il convient de couvrir par le biais de recettes plus élevées. En conséquence, l'augmentation de recettes passe traditionnellement par une élévation du prix de journée pour le résident (tarif hébergement).

Tout ce mécanisme démontre bien que moins l'emprunt est important et moins le tarif hébergement est amené à augmenter pour le résident. Par ailleurs, l'ANAP dans cette même publication, met en évidence que « l'octroi d'aides peut aussi être synonyme de moyens financiers supplémentaires pour le projet. Le décideur peut alors envisager de nouvelles perspectives pour celui-ci que ce soit en termes d'équipements et d'installations, d'aménagements mais aussi en termes de modalités d'accueil des usagers. ». Il est donc possible au plus tôt dans la démarche projet en fonction des aides octroyées de pouvoir faire évoluer son projet architectural sans pour autant peser in fine sur les résidents. Les enjeux d'un tel projet et le plan de financement en découlant doivent être saisis et pensés dès le départ :

- « Enjeux budgétaires :
 - o La maîtrise du reste à charge à un niveau soutenable pour le résident ;
 - o La diminution du montant des emprunts à contracter ;
 - o L'obtention de moyens supplémentaires hors plan de financement initial.
- Enjeux financiers :
 - o L'obtention de conditions d'emprunts favorables et d'avantages fiscaux liés à l'éligibilité aux prêts finançant les logements sociaux ;
 - o L'impact de l'amortissement ou non des subventions sur les ratios financiers et comptables de l'établissement ;
 - o La mise en parallèle dans le plan de financement prévisionnel de l'échelonnement des règlements afférents à la réalisation du projet, avec celui du versement des subventions. Cette analyse permet d'anticiper d'éventuelles difficultés de trésorerie.
- Enjeux en termes d'activité :
 - o Maintien de l'attractivité de l'établissement auprès du public visé ;
 - o Atteinte de l'activité cible de l'établissement.
- Enjeux de qualité :
 - o Maintien ou amélioration de la qualité de la prestation proposée au regard des besoins des résidents ;
 - o Intégration de démarches novatrices et innovantes. » (ANAP, publication du 5 juillet 2016).

Il est clair que l'opération doit donner lieu à un plan de financement synthétique réfléchi en cohérence avec la trajectoire financière de l'établissement sur les cinq ans dans le cadre du CPOM, complété par un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI), mentionné pour l'année de recours à l'emprunt et pour toutes les années de remboursement de ce dernier dans le tableau de financement et intégré au Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP). L'instruction de la DGCS du 19 juin 2017 donne quelques éclairages :

- « La deuxième partie du PGFP :

- Il réalise sur six ans la projection des grands équilibres et de leur articulation [...]. L'objectif n'est pas de prévoir le déroulement précis des exercices futurs mais plutôt d'anticiper les grands agrégats fondamentaux sous l'influence des opérations prévues [...]. Ces événements impliquent souvent des investissements qui impacteront directement l'évolution du FRNG, et des variations d'activité donc du BFR et de la trésorerie ainsi qu'une augmentation ou une diminution des charges au compte de résultat.
- Le TFP :
 - Le tableau de Financement prévisionnel comprend les postes qui affectent le cycle d'investissement et son financement [...]. Sont détaillés les trois grands postes de ressources (emprunts, apports/dotations/subventions) et les trois grands postes d'emplois (remboursement de dettes financières, immobilisations, autres).
- Le PPI :
 - Le PPI permet une première approche de l'impact des investissements prévus sur le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie prévisionnelle. »

Ainsi tous ces éléments permettent de dialoguer sereinement avec les autorités de tarification et de contrôle pour dimensionner au mieux le projet architectural en fonction de la stratégie souhaitée sans mettre en danger les grands équilibres financiers de l'établissement. Différents financements sont donc à envisager et à solliciter en fonction de la situation de l'établissement. Le rapport de la CNRACL précité de février 2021, 15, en donne quelques exemples :

- « Les prêts CNRACL ;
- Les subventions du Fond National de Prévention ;
- Les subventions de la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie (CNSA) ;
- Le financement via un Prêt Locatif Social (PLS) ;
- Le prêt de la Caisse des Dépôts et de Consignation ;
- Les subventions européennes ;
- Les subventions des collectivités locales. »

La publication de l'ANAP précitée vient compléter cette première liste :

- « Le prêt à la réhabilitation spécifique aux opérations de réhabilitation/rénovation ou d'amélioration des structures existantes ;
- Le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) instauré par la CNSA depuis 2006 qui permet de bénéficier d'une subvention pour un projet immobilier répartie par l'ARS ;
- Les Crédits Non Reconductibles (CNR) qui permettent de compenser les frais financiers du recours à l'emprunt (article D314-205 du Code de l'Action Sociale et des Familles en fixe les conditions de recours) ;

- Les prêts sans intérêts des organismes de protection sociale et des organismes de retraite complémentaire. »

Pour tous ces exemples, des points de vigilance sont à observer concernant les conditions d'octroi, les taux pratiqués...La publication de l'ANAP peut aider puisqu'elle détaille chaque dispositif. Enfin, pour essayer d'être le plus exhaustif possible, il faut également faire mention du dernier Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) piloté par la CNSA concernant directement les établissements et service pour personnes âgées à la suite du SEGUR de la santé et dans le cadre de la future loi « générations solidaires ». L'instruction de la CNSA du 23/04/2021 n°2021-48, 12, vient préciser les modalités pour en bénéficier au titre de l'année 2021 en sachant que d'autres tranches sont prévues jusqu'en 2024. Il est question d'un côté d'aide pour les futurs investissements immobiliers et de l'autre d'aides pour les « Investissements du quotidien : ces crédits ont vocation à soutenir les investissements courants au sein des EHPAD en ciblant le financement des besoins en équipements et en petits matériels ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des besoins d'accompagnement des personnes. »

Les documents institutionnels retrouvés montrent que pour l'EHPAD étudié, le plan de financement du projet de construction/rénovation a été travaillé. Du moins, une première trajectoire financière sur cinq ans a été étudiée avec le CD et l'ARS, des provisions ont été constituées dans le but d'amortir l'augmentation du tarif d'hébergement sur les années à venir et quelques recherches de subventions ont été faites. Ainsi, une demande de PAI a été faite et validée en 2019 pour un montant de 1 250 000 euros (annexe n°16). Auparavant, plusieurs contacts ont été pris avec la mairie de l'agglomération pour solliciter des aides locales (annexe n°17), restées sans succès au regard des conditions d'octroi définies. Pour autant, malgré le travail mené, il s'avère qu'un élément essentiel du plan de financement n'a pas été réalisé : le PPI. Ainsi, la Directrice du pôle médico-social nouvellement arrivée s'est rapidement rendu-compte de ce manque et a travaillé à un PPI. Elle est partie du principe de prendre une partie des provisions constituées pour amortir l'augmentation du tarif d'hébergement sur les cinq ans à venir afin de financer l'achat du mobilier et des équipements soins et hors soins. Il s'avère que ce souhait a donné lieu à une négociation avec les autorités de tarification puisqu'impactant :

- Le tarif d'hébergement journalier alors que comme évoqué précédemment, la structure doit être accessible socialement ;
- La situation financière de l'établissement puisque l'achat de ces éléments constituant le PPI implique de les amortir, ce qui n'était pas prévu initialement.

Il n'était pas envisageable à ses yeux d'agir autrement puisque je cite « on ne peut pas accueillir des résidents dans des locaux neufs avec des équipements hors d'âge et hors d'usage. ». Les autorités de tarification d'une part n'ont pas été étonnées de cet oubli du PPI (annexe n°2, « C'est toujours une problématique le côté financier du projet ») (en

évoquant le PPI manquant) pour le CD) et d'autre part, ont souhaité bien préciser les règles autour de l'acceptation des conditions de ce nouveau PPI (annexe n°2) : « Sur le financement, il n'y a plus de subventions du département, plus d'aide à la pierre, tout passe par le prix de journée. » , « Une stratégie à déterminer ensemble vous avec nous, quel tarif cible on se donne, quel lissage dans le temps, l'idée est que le résident ne prenne pas d'un coup une augmentation brutale. », « On n'a pas de miracle, on a pas de subvention qui permette d'aider, il faut faire un PPI, présentez-nous un PPI. » (Pour le CD). Cependant, les autorités, malgré cet oubli important changeant la donne pour le futur, se sont montrées à l'écoute pour conseiller l'établissement sur d'autres financements possibles. Ainsi, l'ARS a accepté d'étudier la possibilité de l'octroi d'un financement complémentaire du PPI sur la partie soin dans une vision extensive du PAI 2021 (annexe n°2) : « pour déposer le projet, vous savez que c'est le 31 juillet et on verra ce que l'on peut faire. Après on essaye d'accompagner les projets de nos EHPAD. En général on en discute avant pour que l'on comprenne ce que vous souhaitez faire. ». Du côté du CD, le futur CPOM peut être un moyen d'obtenir des financements supplémentaires eu égard aux objectifs fixés (annexe n°2) : « Il est toujours possible au travers du CPOM d'avoir des actions financées en plus. ».

Au vu de l'écueil rencontré d'un projet de construction/rénovation pensé sans établir de PPI afin d'équiper les nouveaux locaux, quelques préconisations me viennent en tête :

- Penser le plan de financement du projet dans sa globalité dès le départ. Il ne faut pas hésiter à mon sens à négocier avec les autorités de tarification et de contrôle le financement d'un accompagnement par un conseiller extérieur sur cette partie ;
- Chercher à bénéficier du plus de dispositifs d'aide existants même si cela représente beaucoup de travail pour le montage des dossiers sans succès par moment ;
- Préparer au plus tôt les résidents et leurs familles à une augmentation irrémédiable du tarif d'hébergement. Même si, bien entendu il faut œuvrer à ce que celle-ci soit la plus basse possible sans pour autant handicaper l'établissement en lui rendant impossible les petits investissements du quotidien ;
- Rester toujours en veille sur les aides disponibles à un moment donné. Dans le cas de l'EHPAD, la Directrice du pôle médico-social a pu solliciter un PAI 2021 dans la rubrique « Investissement du quotidien » pour aménager les patios et les extérieurs de l'EHPAD rénové et reconstruit pour une partie. En effet, ces derniers n'avaient pas du tout été prévus dans le projet initial faute certainement de moyens financiers. Encore une fois, cela aurait pu être dommageable pour la prise en charge des résidents et l'image de l'établissement.

b) Des ressources humaines à informer, à associer et à préparer pour la mise en œuvre effective du projet stratégique global

L'étude sur le terrain de l'EHPAD m'a montré l'importance de l'adhésion des professionnels au projet pour son déploiement dans les meilleures conditions possibles. En effet, je me suis confrontée à plusieurs écueils sur le terrain qui n'ont à mon sens pas terminé de générer des difficultés dans un futur proche. Plusieurs études, rapports et publications mettent en évidence les actions à mener avec les professionnels dans le cadre de projets architecturaux à la fois pour promouvoir la qualité de vie au travail et aussi pour favoriser l'attractivité d'un établissement. Et ce sont bien de ces deux sujets dont il est question dans la structure étudiée : à l'heure actuelle la qualité de vie au travail est perçue comme dégradée comme je l'ai évoqué dans la première partie. La spécialisation prochainement en place par le biais d'une nouvelle architecture est prévue pour améliorer cette qualité de vie au travail ainsi que pour favoriser l'attractivité au travers d'une nouvelle image pour l'établissement. Cependant, force est de constater que la réalité s'avère autre à ce jour. Une réalité que je vais vous exposer par la suite confrontée à la théorie des documents précités.

La publication de l'ANAP de 2012 citée précédemment, 37 - 47, consacre un chapitre à l'accompagnement des équipes dans le cadre d'un projet architectural. Il y est question de préparer les équipes et pour cela il est conseillé de :

- « Rappeler les grands principes d'organisation et de définir au préalable de façon transversale le scénario d'ouverture ;
- D'accompagner l'encadrement de chaque unité, en leur apportant les informations et les outils nécessaires ;
- De communiquer auprès des équipes le plus en amont possible sur les changements d'organisation ;
- D'apporter des réponses aux attentes et aux inquiétudes que peut susciter le déménagement ;
- De prendre en compte les souhaits de mouvements ;
- D'associer les organisations syndicales. »

La publication fait mention également en page 37 de la nécessité de « préparer dans la mesure du possible les rapprochements d'équipes provenant d'unités ou de sites différents ». Un point dont il est pleinement question dans la structure étudiée, l'EHPAD étant à l'heure actuelle partagé dans deux bâtiments distincts, destinés à être rassemblés en un seul bâtiment. Il est aussi question à la même page « d'aider les collaborateurs à

tourner la page des anciens locaux mais également de travaux d'analyse de la nouvelle architecture (travail sur plans, simulations dans les locaux témoins, visites) afin de favoriser l'appropriation anticipée des nouveaux locaux. » Ce dernier adjectif « anticipé » est à mon sens primordial dans le cadre du déploiement d'un projet tel qu'un projet architectural. Or c'est ce qui a fait défaut à l'EHPAD étudié. Le guide de la CNRACL cité précédemment de février 2021 donne également plusieurs clés pour assurer le bon déploiement d'un projet puisque tout projet architectural doit désormais intégrer pleinement les principes de santé et de sécurité au travail. Il s'agit là d'un rappel de principes déjà érigés par le passé au travers notamment de l'obligation légale de réaliser un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) comme le rappelle la Circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23 décembre 2011. Ainsi, le guide précité énonce en page 8 que « l'impact du bâti est prépondérant sur les organisations de travail et constitue l'un des principaux marqueurs au niveau de la charge physique et mentale. ». En ce sens, il est aisé de comprendre que dès le lancement d'une réflexion autour d'un projet architectural, il faut pleinement réfléchir aux plans également dans une optique de sécurité et de qualité de vie au travail. Pour cela, il est conseillé d'associer les agents dès le début de la démarche projet (page 10) : « En pratique cela passe par l'association des agents à la conception des plans, l'achat de matériel adapté aux besoins, la mise en place d'organisation du travail (circuit des médicaments, fonctionnement de la restauration...). ». De même, un diagnostic préalable des forces et des faiblesses de l'établissement doit être réalisé (page 12) : « Il convient en amont d'identifier précisément les éléments sur lesquels le projet va pouvoir s'appuyer et ceux qui pourront être sources de difficultés [...] diagnostiquer les conditions de travail et la composition des équipes, existe-t-il des situations problématiques récurrentes ? Les agents sont-ils plutôt expérimentés ou nouveaux ? le turn-over est-il important ? ». Par ailleurs, le guide insiste sur la place prépondérante de l'encadrement de proximité dans le projet (page 14) : « Les cadres sont à la fois moteurs et relais du projet. Leur implication à toutes les étapes du projet est importante. », (page 45) « Les cadres sont les interlocuteurs privilégiés de la direction ainsi que des équipes et ont un rôle crucial en matière de circulation de l'information. Les cadres représentent le lien de proximité avec les équipes : leur rôle est donc primordial en matière d'anticipation et de gestion des incertitudes et de prévention et de détection des risques afférents à ce type de projet. Les cadres sont également amenés à accompagner la montée en compétences des équipes et notamment de l'encadrement intermédiaire (infirmiers) vers des pratiques davantage axées sur la gestion de projet. ». De même, ce guide évoque également l'association des représentants du personnel au travers du CHSCT et/ou d'autres instances (page 40) :

- « Consultation régulière ou ponctuelle des instances pour information/avis/décision ;

- Ou intégration directe de représentants du CHSCT aux différentes instances de pilotage et de suivi du projet ;
- Ou positionnement du CHSCT comme instance motrice du projet, le comité de suivi étant une émanation du CHSCT et étant pensé comme le garant de la méthode et du calendrier du projet. ».

Enfin, en revenant à la publication de l'ANAP précitée, il est primordial de « former les équipes » (page 44) ce qui peut aussi prendre la forme dans ce contexte d'ouverture d'unités spécialisées à « l'organisation de stages d'observation pour le personnel dans la future spécialité. » mais également de « prendre en compte les souhaits de mouvement » (page 42) des personnels d'intégrer ou non ces nouvelles unités spécialisées. En effet, ces dernières impliquent une prise en charge spécifique qui nécessitent information, volonté de l'appliquer et formation. C'est d'ailleurs un des éléments que le Défenseur des droits dans son rapport du 4 mai 2021 cité dans une partie précédente met en exergue notamment pour les établissements rattachés à un CH comme l'EHPAD étudié (page 13) : « Une prise en charge individualisée suppose une formation ou au minimum une sensibilisation du personnel et, dans le cas où le personnel est habitué à une prise en charge sanitaire de type hospitalier, un certain renversement de perspective est nécessaire. ». Sur ce dernier point, une enquête nationale de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) de 2016 concernant les UHR met en évidence l'importance de la formation continue des professionnels y exerçant pour prévenir les risques professionnels et donc favoriser la qualité de vie au travail tout en améliorant la qualité de l'accompagnement des résidents (page 28) : « Afin de prévenir les risques professionnels, 80% des UHR s'appuient sur la formation. D'ailleurs, 73% des répondants estiment que le personnel est suffisamment formé aux spécificités des résidents. Et 90% des répondants soulignent que les ASG sont bien formés par rapport aux missions de l'UHR. ».

Cependant, la pratique au sein de l'EHPAD a mis en évidence plusieurs « loupés » dans la prise en compte des ressources humaines de l'établissement dans le cadre de ce projet global de spécialisation au sein d'une nouvelle architecture. En effet, j'ai constaté par moi-même le manque d'intérêt des agents pour le projet alors même que le déménagement est fixé en décembre 2021. J'ai compris au fur et à mesure des semaines de présence sur site que ce manque d'intérêt peut aussi être interprété comme une façon de se protéger face à l'inconnu et les changements attendus par la Direction. Ainsi, l'un des principaux points de tension pour les agents concerne le fait de devoir travailler toutes les équipes ensemble dans un même bâtiment avec le souhait émis à l'époque par la Direction de tendre vers une harmonisation des méthodes (hors unités spécifiques). Cette crainte ressort des entretiens menés avec des professionnels (annexe n°3) : « Les autres quartiers sont contre nous. », « chaque service ne travaille pas pareil. », « Si ça pouvait casser

certaines équipes de travail, redistribuer les agents, casser un peu la routine. ». Ce dernier verbatim a été émis par un encadrant de proximité intermédiaire qui doit lui-même « jongler » entre les différentes unités et les différentes méthodes de travail. Son avis est donc plutôt favorable à la mixité des équipes en fonction des souhaits de mouvement émis par les agents. Ce manque d'intérêt vient également du fait du manque de communication sur le projet avec l'absence de mise en place d'une démarche participative avec les agents (malgré semble-t-il une tentative au lancement du projet). Ce dernier point est d'ailleurs mis en avant dans un des questionnaires (annexe n°11) : « une réflexion en amont avec les équipes aurait été plus pertinente et mieux vécue. ». Il découle donc de ce manque de sollicitation des équipes, l'impression d'un projet précipité ne prenant pas en compte leur qualité de vie au travail (annexes n°3 et n°11) : « Projet non étudié comme il se doit (fonctionnement, praticité), projet précipité. », « Toujours des lacunes quant aux locaux qui ne sont pas bien pensés voire pas pensés du tout. », « Manque de fonctionnalités pour les agents et les résidents. Manque d'espace dans les lieux de vie. », « Je trouve ça immense mais vu du ciel c'est énorme et ça ne me plaît pas. ». Tout ceci aboutit à des professionnels qui n'adhèrent pas forcément au projet voire même qui le subissent comme peuvent en témoigner les différentes questions posées par les agents lors des rencontres thématiques avec les équipes ou lors des visites du chantier (annexe n°3). Ces questions reflètent leurs craintes : « L'interrogation du déroulé de la journée type, on ne sait rien de ce côté. », « on a peur que ce soit on vous met là et débrouillez-vous. », « le seul point c'est au niveau du personnel, on se demande comment ça va se passer. ». La Directrice du pôle médico-social et moi-même avons essayé d'une part de communiquer sur le projet, comme exposé dans une précédente sous-partie, mais également d'apaiser les craintes en répondant autant que possible aux questions posées et en donnant la possibilité aux agents de se projeter grâce aux visites du chantier. Ainsi, j'ai proposé de lancer des réunions avec des « référents travaux » afin de pouvoir tenir informer les agents de l'avancée du chantier ainsi que de recueillir leurs avis sur différents points. Il ressort des deux réunions tenues que seuls deux quartiers sur six ont été représentés malgré les sollicitations orales à participer que je réitérais toutes les semaines en sus d'invitations écrites. Le même constat est à dresser du côté des groupes de visite du chantier. Les premiers groupes ont rassemblé peu d'agents. Il a même été question un jour d'aller les chercher avec la directrice du pôle médico-social directement sur les lieux de pause pour ne pas annuler le groupe de visite prévu. En parallèle, j'ai réalisé et diffusé des vidéos présentant l'avancée des travaux ainsi que des comptes-rendus de réunions comprenant les réponses aux questions posées par les agents lors des rencontres hebdomadaires. Pour autant, les organisations syndicales faisaient état de nombreuses reprises en CHSCT du CH comprenant donc l'EHPAD de craintes quant aux formations prévues, quant aux mouvements des personnels à envisager et quant aux organisations de travail futures et ce malgré tous les messages portés oralement et par

écrit par la Directrice du pôle médico-social et moi-même. Les organisations syndicales ont par ailleurs sollicité à plusieurs reprises des échanges avec le Directeur du CH et la Directrice du pôle médico-social pour aborder les craintes des agents. La transparence a été adoptée lors de ces échanges afin de répondre au mieux aux interrogations émises. Pour autant, toutes ces actions ont été menées à mon sens trop tardivement pour véritablement favoriser l'adhésion des équipes. La situation est donc génératrice de stress ce qui ne manquera pas selon moi de poser problème lors du déménagement et dans les semaines qui vont suivre. D'ailleurs, lors des échanges avec des membres de l'ARS, à la lecture des interrogations des agents à ce stade de l'avancée des travaux, ces derniers ont insisté sur le besoin d'accompagnement des professionnels notamment par le biais de la formation (annexe n°2) : « En tous cas point de vigilance du côté du déménagement vous le savez. », « Pareil, il faudra que votre médecin co ou vous explique comment faire pour déménager, c'est vrai que c'est un moment de fragilité. », « La première étape est dans sept mois et ce sera un gros bouleversement pour les équipes et à la vue de la nature des questions posées...Et la nature des questions « Qu'est-ce que l'UHR ? », « Comment on y rentre ? », il y a du travail de formation et d'information. », « Vous allez devoir monter en compétences les équipes notamment sur l'accueil des résidents avec des troubles, ça ne va pas être simple. ». La Directrice du pôle médico-social, elle-même ayant déjà vécu dans un poste précédent un projet architectural, ne peut que gérer du mieux possible la situation dont elle a hérité à son arrivée. Elle a bien conscience de la nécessité d'impulser tous les travaux touchant à la préparation du déménagement à venir, faute de prise d'initiative par les professionnels. Elle évoque elle-même un projet « subi » par les agents et non vécu comme il se doit.

L'analyse de cette situation au regard de la théorie permet d'émettre quelques préconisations pour un projet architectural futur :

- L'implication des professionnels dès le lancement du projet est primordiale au travers de la mise en place d'un COFIL et de « référents de suivi du projet » parmi les personnels. Ces derniers pourront émettre des propositions quant aux plans à la fois pour leur qualité de vie au travail mais aussi pour les résidents qu'ils connaissent en proximité. Il faut d'ailleurs essayer de représenter les différents corps de métiers (aide-soignant, agent de service hospitalier, infirmier...) et d'inclure également le ou la psychologue ainsi que des membres de l'équipe d'animation, sans oublier le médecin coordonnateur. De même, si l'établissement dispose d'ergothérapeutes ou encore d'agents formés à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAPS), les associer est un plus pour penser les futurs locaux ;
- Une communication régulière doit être assurée comme évoqué dans une sous-partie précédente ;

- Des groupes de travail thématiques sont à proposer aux agents pour déterminer les futures organisations de travail, ainsi que les flux logistiques ou encore pour préparer le déménagement avec les résidents (qui va où ? avec quels mobiliers ...). Chaque quartier doit être représenté afin de « pousser » les équipes à échanger sur leurs pratiques. Cela peut représenter le début de la démarche d'harmonisation en un seul bâtiment ;
- Une immersion/découverte des unités types UHR ou encore PASA est à organiser avec des établissements voisins pour permettre aux agents de réfléchir à leur future affectation. Cela peut prendre la forme d'une visite avec des échanges avec les professionnels en place ou encore à une véritable immersion d'une journée dans ces unités ;
- Évoquer, dès les premiers entretiens professionnels menés dans la période du projet, l'avancée des étapes, les groupes de travail en place, les intérêts portés par l'agent, ses éventuels souhaits de mouvement afin de pouvoir penser au plus tôt aux plans de formation futurs ;
- Organiser une communication régulière avec les représentants du personnel notamment au travers des CHSCT par exemple.

Conclusion

Un projet de réfection/construction ou autre(s) type(s) de projet(s) architectural(aux) s'avère(nt) être l'outil ou les outils permettant la dynamisation d'un EHPAD et notamment d'un EHPAD rattaché à un CH. Comme évoqué en introduction eu égard au cas de l'établissement étudié, l'EHPAD rattaché à un CH se présente ici comme un budget annexe, longtemps mis à l'écart des projets du CH et donc présentant une offre « obsolète » et décalée face aux besoins du territoire. La recherche d'un nouvel axe stratégique en réponse aux besoins exprimés est la clé du lancement d'une nouvelle dynamique. Le Directeur ou la Directrice doit alors dans ce cas en premier lieu penser la stratégie dans laquelle le projet architectural prendra sa place afin de pouvoir la décliner opérationnellement. Ce n'est en aucun cas au projet architectural de dicter « après-coup » la stratégie et ses objectifs. Tout doit être dans la mesure du possible pensé en amont en vue du déploiement effectif. Ainsi si le processus pouvait se résumer dans le cas présent en quelques lignes j'aurais tendance en tant que future directrice d'établissement sanitaire, social ou médico-social à le décliner de cette façon :

- Réaliser un état des lieux en lien avec les partenaires et différents acteurs du secteur : quelles sont les offres proposées ? Quels sont les besoins dans la structure et dans le bassin de vie non couverts ?
- Penser à ses souhaits et à ses capacités : qu'ai-je la volonté de développer ? Quels sont mes moyens ? Quels sont mes objectifs et ma marge de manœuvre eu égard à mon CPOM ? ;
- Développer un argumentaire et s'entretenir avec les autorités de tarification et de contrôle : voici ce que je souhaite faire et comment je pense y parvenir ;
- Penser plus finement la stratégie et sa déclinaison opérationnelle en fonction des moyens disponibles et alloués en impliquant les personnels ;
- Communiquer du début jusqu'à la fin du projet auprès des différents acteurs ;
- Impliquer sans cesse les personnels au travers de groupes de travail ou sous d'autres formes pour entretenir leur adhésion ;
- Suivre la mise en œuvre, évaluer tout au long et ajuster la démarche en fonction des besoins concrets.

Le projet architectural doit in fine être un élément essentiel d'une stratégie plus globale de dynamisation présentée et comprise de tous : chacun doit avoir les informations pour y adhérer en saisissant ce que cette démarche apporte aux usagers, au territoire, à l'établissement et à soi-même personnellement en termes de carrière et de réalisation professionnelle.

Bibliographie

Articles de presse :

A.Moret., 26 juillet 2016, « Un cabinet d'étude conseille aux EHPAD », Hospimedia.

M.P.Hervy., EMPAN, 2013/4, « Des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD : pourquoi ce thème ? », n°92, p.126 -132.

Ouvrage :

C.Eynard., O.Piou., A.Villez., janvier 2009, Conduire le Changement en Gériatrie, Santé Social, Dunod, Préface.

Rapports :

ANAP., 2012, Anticiper la mise en service d'un bâtiment, p. 72-76.

ANAP., 5 juillet 2016, Impact d'un investissement sur le prix de journée en EHPAD, fiche action n°11 subventions, aides et prêts possibles.

ANESM., 2016, Enquête nationale Unités d'hébergement Renforcé, p. 22-31.

CNRACL., février 2021, Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD.

Conseil Départemental., *septembre 2016*, Schéma Gériatrique Départemental 2016-2021.

Défenseur des droits., 4 mai 2021, Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, p. 10.

Documents institutionnels :

Compte-Rendu de la réunion de démarrage du 10 novembre 2015, *Restructuration et extension de l'EHPAD*.

Conseil Général du Haut-Rhin/Directions de l'Autonomie et de l'Architecture/ADAUHR, *Abécédaire pour la construction et la restructuration des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*, octobre 2014, p 10-12

Convention Tripartite Pluriannuelle dite de 2ème génération 2015-2019, Établissement d'Hébergement Pour Personnes Âgées Dépendantes, ARS, CD, p 22-23.

Projet d'établissement EHPAD-USLD (document de travail), p 7-8.

Rapport d'évaluation externe Juin 2015, IFOSEP.E, p 50-51.

Textes législatifs et réglementaires :

Article D314-205 du Code de l'Action Sociale et des Familles relatif aux crédits non reconductibles

Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°0200, du 28 août 2016.

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L 313-12-2 du même code.

Instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux-médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Instruction de la CNSA du 23/04/2021 n°2021-48 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées en 2021.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, du 3 janvier 2002.

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel, n°0301, du 29 décembre 2015.

Liste des annexes

- **Annexe n°1** : calendrier prévisionnel des rencontres thématiques avec les équipes (extrait)
- **Annexe n°2** : grille d'analyse des entretiens et des réunions de travail avec les partenaires de l'établissement
- **Annexe n°3** : grille d'analyse des entretiens, des groupes de travail, des rencontres et des réunions de travail avec les professionnels de l'établissement
- **Annexe n°4** : compte-rendu de la rencontre avec des résidents de l'établissement
- **Annexe n°5** : un des plans architecturaux du projet
- **Annexe n°6** : extrait du compte-rendu d'une des premières réunions sur le projet (10 novembre 2015)
- **Annexe n°7** : extrait d'une note interne de réflexion datant de juin 2014
- **Annexe n°8** : extrait d'une demande de l'ARS de diversifier l'offre de l'établissement dans le cadre de la nouvelle convention tripartite 2015-2019
- **Annexe n°9** : plans de l'extension
- **Annexe n°10** : liste des résidents entrés en 2019 avec précision du lieu d'origine
- **Annexe n°11** : grille d'analyse du questionnaire dispensé aux professionnels
- **Annexe n°12** : compte-rendu de la réunion du 26 mai 2021 avec les « référents travaux », document remis à des membres de l'ARS lors de leur visite du chantier
- **Annexe n°13** : fiche action n°1 page 22 de la Convention Tripartite 2015-2019
- **Annexe n°14** : évaluation externe de 2015, page 50 du rapport
- **Annexe n°15** : extrait d'un document de travail, projet d'établissement de l'EHPAD et de l'USLD
- **Annexe n°16** : courrier de validation du PAI
- **Annexe n°17** : compte-rendu d'une rencontre avec le maire de la commune d'implantation
- **Annexe n°18** : guide d'entretien
- **Annexe n°19** : retranscription d'un entretien avec un professionnel de l'établissement
- **Annexe n°20** : questionnaire dispensé aux professionnels

**Annexe n°1 : calendrier prévisionnel des rencontres thématiques avec les équipes
(extrait)**

03/03/2021

Planning prévisionnel 2021 des réunions dans les quartiers de l'EHPAD (██████████)					
Semaine	Jour	Horaires	Quartier	Thématique	Ajustements de la thématique en fonction des interrogations des équipes
Du 1er au 7 février				Grille AGGIR ET CPOM	
Du 1er au 7 février				Grille AGGIR ET CPOM	
Du 8 au 14 février		11-févr 14h00	██████████	Grille AGGIR ET CPOM	
Du 8 au 14 février		12-févr 14h30	██████████	Grille AGGIR ET CPOM	
Du 15 au 21 février		15-févr 14h00	██████████	Grille AGGIR ET CPOM	
Du 15 au 21 février		16-févr 14h30	██████████	Grille AGGIR ET CPOM	
Du 22 au 28 février		22-févr 14h00	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 22 au 28 février		24-févr 14h30	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 1er au 7 mars		01-mars 14h00	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 1er au 7 mars		03-mars 14h30	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 1er au 7 mars		03-mars 10h30	██████████	Grille AGGIR ET CPOM + Le nouvel EHPAD	
Du 8 au 14 mars		16-mars 14h00	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 8 au 14 mars		17-mars 14h00	██████████	Le nouvel EHPAD	
Du 15 au 21 mars		15-mars 14h00	██████████	Le CPOM	
Du 15 au 21 mars		18-mars 14h30	██████████	Le CPOM	
Du 22 au 28 mars		22-mars 14h00	██████████	Le CPOM	
Du 22 au 28 mars		24-mars 14h30	██████████	Le CPOM	
Du 29 mars au 4 avril		30-mars 14h00	██████████	Le CPOM	
Du 29 mars au 4 avril		31-mars 14h00	██████████	Le CPOM	
Du 5 au 11 avril	jeudi 8 avril	10h30	██████████	Le CPOM	
Du 5 au 11 avril	05/04/2021 (férié à modifier)	14h00	██████████	Documents institutionnels	
Du 5 au 11 avril		08-avr 14h30	██████████	Documents institutionnels	
Du 12 au 18 avril		12-avr 14h00	██████████	Documents institutionnels	
Du 12 au 18 avril		15-avr 14h30	██████████	Documents institutionnels	
Du 19 au 25 avril		13-avr 14h00	██████████	Documents institutionnels	
Du 19 au 25 avril		14-avr 14h00	██████████	Documents institutionnels	
Du 19 au 25 avril	mardi 20 avril	10h30	██████████	Documents institutionnels	
Du 26 avril au 2 mai		26-avr 14h00	██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	
Du 26 avril au 2 mai		29-avr 14h30	██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	
Du 3 au 9 mai		03-mai 14h00	██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	
Du 3 au 9 mai		06-mai 14h30	██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	
Du 10 au 16 mai			██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	
Du 10 au 16 mai			██████████	La bientraitance et la réflexion éthique	

Annexe n°2 : grille d'analyse des entretiens et des réunions de travail avec les partenaires de l'établissement

Analyse des entretiens et échanges avec les partenaires de l'établissement

- Office des séniors (la directrice) /CLIC ;
- CD (les membres du pôle tarification des établissements et services médico-sociaux) ;
- Psychiatrie (le psychiatre de l'équipe mobile de géro-psy) ;
- Pilote MAIA du territoire ;
- ARS (délégation territoriale).

Limites : plus d'interlocuteur direct à interroger pour l'ARS. Des échanges se bornant à des réunions de travail faute d'accord pour réaliser un véritable entretien.

Idées	Citations/exemples	Interlocuteur
<p>Connaissance du projet, de son historique et de ses étapes</p>	<p>« Il y a eu une présentation à la foire de Châlons en 2019 ».</p> <p>« Je n'ai pas suffisamment de recul sur le projet pour savoir pourquoi ça a été pensé comme ça, je le rappelle de réunions à ce sujet avec l'ARS. »</p> <p>« Hum, sur plan oui »</p> <p>« Ils l'ont évoqué mais ce n'était pas une priorité » (prix différenciés).</p> <p>« Du coup sur le PPI reconstruction, je pense que ça va évoluer par rapport à ce que l'on a eu il y a un an. »</p> <p>« Vous n'avez pas trouvé les courriers de Madame H envoyés à l'ARS en demandant... »</p> <p>« Il y en a où elle a allumé l'ARS avec des propos...car l'ARS n'arrivait pas à assumer devant elle que les 15 places étaient en transformation et non en extension. »</p> <p>« On n'arrêterait pas de dire que l'établissement est prêt à faire une extension de places mais dites-leur que vous n'avez pas les crédits et que vous ne les suivrez pas...Il a fallu refaire des ajustements sur les plans pour réduire et revenir à la capacité actuelle en intégrant l'UHR. L'architecte de l'ARS a émis des observations pertinentes mais tardives, il a fallu réajuster dans un cadre déjà bien avancé tenant compte des caractéristiques et des demandes des personnels...à la fin on se retrouve avec ce que vous avez. »</p> <p>« Ce projet de construction qui date d'au moins quatorze ans... »</p> <p>« Tout ça entre des échanges formels et des échanges informels, parce que l'on a fait des rencontres avec les directeurs qui se sont succédés et ça a vraiment pris forme avec l'arrivée de Madame H. »</p> <p>« Le projet en 2000 était déjà prévu avec des UVP »</p> <p>« Au départ l'établissement n'était que sur de l'hébergement permanent classique dans le projet. Finalement ce retard dans le projet a permis au CH de prendre conscience des besoins et des difficultés. Ainsi, tout au début, il était prévu uniquement des UVP mais pas de PASA ni d'UHR. »</p> <p>« Ça a été revu ça le PASA car ce n'était pas dans le projet initial. »</p> <p>« Vous pouvez me rappeler quand vous allez pouvoir déménager les 110 résidents ? »</p>	<p>CD</p> <p>Office des séniors</p> <p>Pilote MAIA</p> <p>ARS</p>

	<p>« Donc pour la phase deux et là pareil vous avez prévu un déménagement à un autre moment. »</p> <p>« Donc l'UHR pas avant 2023 ? »</p> <p>« Pareil le PASA ce sera donc la même année que l'UHR ? »</p> <p>« Le problème c'est qu'on l'a notifié au lancement du projet, c'était simple pour eux mais une fois que le béton est coulé, c'est plus compliqué. »</p> <p>« Ça a été dit plusieurs fois » (à propos du PASA).</p> <p>« Il y avait des gens sur-compétents, des gens qui visiblement sont partis ailleurs depuis. j'ai assisté à des réunions où le Directeur technique expliquait comment ça se passe pour construire un établissement devant le Directeur de l'ARS, ça fait sourire. »</p> <p>« Vous n'avez pas d'accueil de jour ? »</p> <p>« Par rapport à vos projets et notamment l'accueil temporaire, 2022 ? 2023 ? »</p>	
<p>Image de la structure actuelle</p>	<p>« Un EHPAD resté dans son jus, il est à reconstruire »</p> <p>« Il a une mauvaise image. L'EHPAD le Village est vu comme un vieil EHPAD. »</p> <p>« Écoutez votre établissement c'est quand même un des plus moches du département, il faut faire quelque chose. »</p> <p>« C'est un EHPAD tout sec. C'est vrai, sans PASA, sans accueil de jour, pas d'UVP alors l'UHR bon voilà...et le pire est qu'aujourd'hui vos équipes accompagnent déjà des gens avec la maladie d'Alzheimer. »</p> <p>« Oui c'est un EHPAD hospitalier, c'est normal (en soupirant). »</p>	<p>CD ARS</p>
<p>Raison(s) du lancement du projet</p>	<p>« Il est à reconstruire et cela est inscrit dans le schéma gérontologique », « il ne répond plus forcément aux normes de prise en charge du public accueilli. »</p> <p>« Ce n'est pas parce que l'on parle d'inclusion que l'établissement n'a plus sa place. Je reste convaincu qu'il y a un besoin à satisfaire...On spécialise également, ici on va être sur un établissement qui se spécialise sur la maladie d'Alzheimer. »</p> <p>« La demande d'avoir une UHR sur Châlons a été initiée il y a très très longtemps. »</p> <p>« Écoutez c'est très bien mais on ne vas pas avoir juste un EHPAD, il faut faire quelque chose. »</p> <p>« Bien qu'il y ait une entrée en institution, dans l'optique du CLIC, il n'y a pas la volonté de rompre le lien entre l'aidant et l'aidé. Il faut garder le lien avec le conjoint. Sur le territoire de Châlons c'est difficile si la personne est déambulante, les EHPAD la refuse et il y a une cassure du lien. Il faut sur Châlons un établissement public avec un tarif abordable. K propose une UVP mais trop chère pour certains...il y a beaucoup de demandes pour des Alzheimers jeunes pour ne pas les mettre dans des unités classiques mais si en plus il y a des troubles psy, la seule réponse est l'EHPAD de V mais qui est loin. »</p> <p>« Vous avez raison pour la priorité d'ouvrir le PASA et les UVP, il y a un besoin pour les personnes désorientées, l'offre classique n'y répond pas sur Châlons. »</p> <p>« C'est pour ça que l'on développe des offres de services plus spécialisées pour répondre à ces problématiques et c'est vrai que se dire qu'au 21ème siècle on propose un EHPAD comme avant, c'est fou. »</p>	<p>CD Office des seniors ARS</p>

<p>Articulation du projet avec le territoire</p>	<p>« Le Docteur D exprime sa surprise car l'UHR nécessite des consultations de psychiatrie et il n'est pas au courant de ce projet médical. »</p> <p>« J'ai suggéré que les institutions fassent des points plus réguliers. »</p> <p>« Il faut voir avec la psy, ils sont habitués à gérer ce type de public, il va pouvoir s'impliquer dans le suivi et le fonctionnement de l'unité. »</p> <p>« Le Centre Hospitalier a sûrement rencontré des difficultés, il n'a pas arrêté d'être retardé, quand on a été invité pour voir les fondations, on n'y croyait plus vraiment. »</p> <p>« Le Village oriente les gens vers le CLIC s'ils ne passent pas par des assistantes sociales. »</p> <p>« Au Village il faut un dossier papier et un dossier via trajectoire en plus, tout doit être complet avant qu'il y ait une entrée ce qui est difficile pour les gens. Souvent le CLIC est en lien par mail pour accompagner les personnes. »</p> <p>« Pour l'HTU c'est un projet mis en place à la suite des constats de la MAIA. Un point a été fait avec les différents partenaires sur ça quand l'aidant avait un souci on en venait à des hospitalisations sociales pas adaptées. L'inconvénient était donc la perte de repères, ce qui n'est pas satisfaisant. C'est là où est né le projet HTU. »</p> <p>« Je vais interroger des collègues d'autres CLIC et MAIA. Ce serait bien de leur envoyer le projet du Village, il est important de prendre en considération ce projet pour montrer ce qui ne sera pas couvert et comment articuler les différents projets pour compléter l'offre globale. »</p> <p>« Il y a le projet de l'unité de psychiatrie pour les personnes âgées...c'est pour cet été. »</p> <p>« Le foyer Oxygène, ce sont des lits halte soins santé pour les marginaux avec une prise en charge médicale et sociale...c'est plus un relais de l'HTU. »</p> <p>« Il se positionne aussi sur le Village Alzheimer. L'étude de faisabilité démontre qu'il y a un besoin...c'est l'entre deux et nous ça serait quand le maintien à domicile et dans le village ne serait plus possible. » (à propos des UVP)</p> <p>« C'est ce que l'on appelle de la diversification de l'offre de répit, on a déjà lancé des appels à candidature en 2019. Après je ne sais pas si ça sera possible de relancer ce type de projet. »</p>	<p>Psychiatrie</p> <p>CD</p> <p>Office des séniors</p> <p>Pilote MAIA</p> <p>ARS</p>
<p>Représentation et avis sur le projet</p>	<p>« C'est toujours une problématique le côté financier du projet ».</p> <p>« Après c'est vrai que l'on est avec des personnes avec des troubles cognitifs donc il ne faut pas que ce soit très terne et déplaisant, il y a d'autres types d'études...il ne faut pas simplement dire c'est punchy, ça va les énerver, ce n'est pas forcément comme ça. »</p> <p>« Une UHR, évidemment qu'ils ne savent pas ce que c'est. Ça a été inventé il y a huit ans et il n'y en a que deux dans le département...autant les PASA on a réussi à les déployer presque partout, les UHR c'est totalement exceptionnel. »</p> <p>« L'offre est désormais plus adaptée aux profils d'ici. »</p> <p>« Dans l'agglomération on ne l'a pas du tout évoqué, on n'a pas conscience de ce projet. A force on n'y croyait plus. »</p> <p>« Ah oui quand même...on passe de rien à tout. »</p> <p>« C'est plus gênant pour l'espace Snoezelen qui est assez loin de l'UHR et qui est plus utilisé par ces résidents-là. »</p>	<p>CD</p> <p>Office des séniors</p> <p>Pilote MAIA</p> <p>ARS</p>

	<p>« Oui oui, effectivement, il y a des petites choses qui sont à revoir. »</p> <p>« C'est juste que vous avez un bâtiment qui n'est pas modifiable. Il n'est pas à vous mais vous ne pourrez pas construire de nouveau ailleurs, vous pourrez le laissez à N mais il sera embêté également avec. Quand c'est de la conception-réalisation ça se comprend mais quand il y a un architecte, c'est plus surprenant ce béton. »</p> <p>« En tous cas vous allez diversifier votre outil de travail, c'est vachement bien. »</p>	
<p>Attentes vis-à-vis du projet</p>	<p>« Il faut réécrire le projet d'établissement en fonction des nouvelles perspectives de l'EHPAD. Il faut le prendre en compte dans le travail quotidien, profiter sur l'établissement se spécialise pour mettre en place des actions permettant de bien prendre en charge ce type de public. » « Vous avez des perspectives d'accueil de jour ? ». « Pour les HTU on n'est pas fermé. Si vous avez un bilan à me transmettre là-dessus, vous pouvez, on pourrait voir pour aller plus loin. »</p> <p>« L'objet social de l'EHPAD le Village comme EHPAD public, il faut donc continuer à avoir des prix attractifs et accessibles. »</p> <p>« Dans le cadre de la reconstruction (UHR), il a fallu l'intégrer et il y a eu presque un an et plus d'incompréhensions avec l'ARS d'un côté et l'établissement pour savoir si cela était 15 places de plus ou de la transformation...Vu le public visé, on ne voyait pas un autre établissement que pour porter cette UHR. »</p> <p>« Ce n'est pas dans le cadre de la visite de conformité que l'on va discuter budget. Par contre vous l'aurez produit avant surtout que vous n'allez pas ouvrir au 1er janvier. On est effectivement dans l'environnement CPOM et c'est dans ce cadre que l'on parlera de budget mais en aucun cas au moment de la visite de conformité, on l'aura fait avant. »</p> <p>« On vous laisse faire les propositions, de voir quel est l'écart le plus adapté entre ces différentes chambres. Est-ce que l'on est sur un montant avec un écart d'un euro, de deux, de trois ou plus. »</p> <p>« La seule chose où l'on veut vraiment être vigilant, c'est surtout lorsqu'un bâtiment neuf accueille exclusivement l'unité Alzheimer ou l'USLD. Alors là dans ce cas, on essaye d'avoir le même tarif parce que ça pourrait être un frein des familles de mettre leur proche au bon endroit pour elle au sein de l'EHPAD. »</p> <p>« Si vous pouviez me dire que ça ouvre en septembre ce serait top. »</p> <p>« L'HTU c'est la salle d'attente de l'EHPAD. »</p> <p>« On pourra avoir vraiment un parcours de la personne âgée psychiatrique. » (à propos de l'UHR)</p> <p>« Ce serait un parcours de la personne âgée avec le Village...une filière. »</p> <p>« On l'attendait également, je suis tout à fait d'accord...on sent qu'il y a une cohérence qui se dessine. » (à propos de l'UHR et du projet global en lui-même)</p> <p>« En tous cas point de vigilance côté du déménagement, vous le savez... »</p> <p>« Pareil, il faudra que votre médecin co, votre équipe ou vous expliquent comment faire pour déménager mais c'est vrai que c'est un moment de fragilité. »</p> <p>« Sur ce sujet-là, de fait ça va créer un nouvel établissement. »</p> <p>« Ça n'aura plus rien à voir, en fait le projet immobilier bouleverse complètement votre projet d'établissement et du coup c'est pour ça que je vous pose la question du déménagement car cette première étape est dans sept mois et e</p>	<p>CD</p> <p>Office des séniors</p> <p>Pilote MAIA</p> <p>ARS</p>

	<p>sera un gros bouleversement pour les équipes et au vu de la nature des questions posées... »</p> <p>« Et la nature des questions « Qu'est-ce que l'UHR ? Comment on y rentre ? » Il y a du travail de formation et d'information. »</p> <p>« Quand voyez-vous le projet d'établissement ? »</p> <p>« Ce que je comprends c'est que vous êtes aujourd'hui sur le projet immobilier, vous revoyez le projet d'établissement et vous envisagez de faire évoluer votre offre de services avec de l'accueil temporaire. »</p> <p>« Oui vous avez vraiment un sujet sur le PATHOS. Elle date de quand ? »</p> <p>« Mais vous ne pouvez pas tout faire d'un coup, il faut faire attention. Vous allez devoir monter en compétences les équipes notamment sur l'accueil des résidents avec des troubles, ça ne va pas être simple. C'est vrai que le Noctambule est un bon outil pour apaiser. »</p> <p>« Surtout faire évoluer les équipes avec un plan de formation ficelé. »</p>	
<p>Accompagnement potentiel</p>	<p>« Je pense que ce sont les situations financières, de mémoire on n'a pas une politique qui interdit aux établissements d'être propriétaires des murs »</p> <p>« Elle me précise que les investissements seront financés grâce à la provision formée »</p> <p>« On ne crée plus de places d'EHPAD. Les EHPAD sont co-autorisés avec l'ARS...l'ARS est plu sur une politique de transformation de l'offre et non de création. Nous dès que l'on peut on y va pour la création. »</p> <p>« Nous on travaille en partenariat, c'est plus une relation de confiance, on est à l'écoute de tous les projets présentés....on n'attend pas les CPOM pour discuter avec les établissements, des fois il y a des besoins urgents, des besoins de réponses et de conseils et on se tient à disposition. »</p> <p>« L'EHPAD le Village est en équation tarifaire négative avec une baisse de moyens et en parallèle une compensation par l'ARS. Il est toujours possible au travers du CPOM d'avoir des actions financées en plus. »</p> <p>« On fera un point prochainement sur les UHR et s'il y a des éléments nouveaux, je vous les transmettrai. »</p> <p>« Sur le financement, il n'y a plus de subventions au département, plus d'aide à la pierre, tout passe dans le prix de journée...dans les CPOM on doit figer les tarifs hébergement sur cinq ans. Nous on n'adopte pas ce parti là car c'est difficile de garder une visibilité sur cinq ans. »</p> <p>« Une stratégie à déterminer ensemble vous avec nous, quel tarif cible on se donne, quel lissage dans le temps, l'idée est que le résident ne prenne pas d'un coup une augmentation brutale. »</p> <p>« C'est pour vous dire que l'on est en partenariat sur d'autres sujets, là on a des capacités à vous aider à remettre en cause certaines choses. »</p> <p>« On est d'accord sur le principe, on sait bien-sûr que les établissements dans leur fonctionnement courant par rapport aux familles, pour ne pas avoir des difficultés avec les familles, ils ont besoin d'objectiver dans le tarif des</p>	<p>CD ARS</p>

différences de conditions hôtelières si la nourriture est la même, que l'équipe soignante et les soins sont les mêmes, le simple fait que visuellement les conditions de vie sont différentes, ça va générer un ressenti et il faut que l'on puisse le compenser par des tarifs différents. »

« On n'a pas de miracle, on a pas de subvention qui permette d'aider, il faut faire un PPI...présentez-nous un PPI »

« On a profité d'avoir un médecin rattaché à notre service, on voulait autre chose que juste faire des passations de coupes AGGIR, on voulait reprendre contact avec les établissements, ça tombe plutôt bien en ce moment car les médecins de l'ARS sont très pris et nous ça nous permet d'apporter un regard externe. »

« Pour déposer le projet vous savez c'est la fenêtre avant le 31 juillet et on verra ce que l'on peut faire. Après on essaye d'accompagner les projets de nos EHPAD. En général on en discute avant pour que l'on comprenne ce que vous souhaitez faire. »

« Voyez ce que vous pouvez faire. Ok donc vous allez déposer une demande de subvention pour l'aménagement des locaux actuels tant sur le matériel des soins, les fauteuils... »

« Ok donc tout ce qui touche aux extérieurs aussi. »

« Après sur les autres projets avez-vous des choses particulières ? »

« Elle est programmée en septembre car elle date de 2015. Elle fait partie des prioritaires. »

« Donc on en reste là et le CPOM on vous dira à quel moment on le programme. »

« Affaire à suivre, vous me direz quand vous serez prêt pour le CPOM. »

Annexe n°3 : grille d'analyse des entretiens, des groupes de travail, des rencontres et des réunions de travail avec les professionnels de l'établissement

Analyse des entretiens d'agents de l'établissement

- 2 soignants, membres des équipes dans les quartiers : S et T ;
- 1 personnel d'encadrement intermédiaire : U ;

Limite : peu de participation des agents pour des entretiens, gros turn-over des personnels ce qui a limité les échanges avec des agents associés au départ du projet d'où l'absence de personnel d'encadrement de proximité capable d'évoquer la genèse du projet.

Idées	Citations/exemples	Interlocuteur
Connaissance du projet	<p>« Oui oui...on connaît le projet. »</p> <p>« Nous on n'était pas au courant de tout ça...Pour le PASA on ne savait pas, est ce que c'est nous qui ne nous informons pas assez ? On a l'impression que l'on sait parce que le déménagement approche. »</p> <p>« Avoir une cadre qui ne reste pas c'est important, les infos et les projets se perdent et le manque d'informations vient de là. »</p> <p>« Ça manque encore de détails mais dans le gros œuvre je dirai, les proportions...oui, j'arrive à concevoir et j'essaie de me projeter et là par contre j'ai des difficultés encore. »</p>	S U
Image de la structure actuelle	<p>« C'est même le mouvoir, c'est le ressenti extérieur des gens qui ne sont pas dans le milieu. »</p> <p>« C'est l'image que nous on avait, ça reste très hospitalier, c'est un couloir. »</p> <p>« Pas ici et au final les cadres ne tiennent pas plus de deux ans. »</p> <p>« Les salles de bain avec les gros fauteuils roulants sont impraticables. »</p> <p>« Que d'années en années ça évolue de plus en plus négativement. »</p> <p>« C'est vraiment général que ce soit les lieux, les relations avec les familles, les résidents qui n'ont pas les mêmes attentes et on a l'impression de travailler pour les familles et pas les résidents. »</p> <p>« Et puis aussi l'encadrement pour nous ça ne joue pas sur ma motivation. C'est l'équipe qui est ressource...c'est dans l'équipe que l'on trouve la motivation. »</p> <p>« Tous les changements d'encadrement que l'on a, ça nous plombe dans les prises en charge, trop de changements. »</p> <p>« Côté encadrement, ce n'est pas grave, on va dans le sens des familles...on est frustré de ce côté-là car on n'est pas soutenu. »</p> <p>« Il n'y a pas de problèmes réels avec les résidents. »</p> <p>« C'est global, on travaille dans des locaux pourris, la qualité de vie au travail n'est plus la même qu'avant. »</p> <p>« Par contre par rapport à l'animation, c'est bien structuré ici. »</p> <p>« Même pour eux, c'est délabré maintenant. »</p> <p>« En 2004 je trouvais que ça se dégrade. Ça faisait déjà vieux, ils ont essayé d'améliorer avec du nouveau mobilier, de tables de salon et de salle à manger, des fauteuils, ils ont essayé de faire des travaux à chaque sortie dans les chambres, c'est bien mais quand on voit la plomberie, les douches qui remontent...On ne peut rien faire, là c'est trop gros. »</p> <p>« mais avant le Village était pas bien considéré mais maintenant non. les gens voient avec la page Facebook ce qui se passe...ils voient par rapport à l'animation, avant ça n'existait pas. Ils voient qu'il y a eu des efforts. Je pense. Il y a plus de personnels, il n'y avait pas de psychologue avant, pas d'animatrices...On voit que ça s'est amélioré. »</p> <p>« Avant c'était « pourquoi tu es venue là ? », « qu'est-ce que tu as fait ? ». Ça peut être un choix aussi de venir ici non ? »</p> <p>« Il y a beaucoup de personnes ici défavorisées et peu accompagnées. »</p>	S T U

	<p>« Le mobilier est triste (elle montre la table et rigole). Ça a combien d'années, il y a du mobilier qui est de 88 quand même. »</p> <p>« Ça ne peut être que mieux (rires). Rien qu'un truc, rien qu'au petit salon, pour les personnes qui ont besoin d'aide, ils sont dans les fauteuils et que font-ils de leur journée ? ...La seule chose que l'on a ce sont des revues à leur donner. »</p> <p>« Pas du tout, la qualité du travail ici (soupir) »</p> <p>« Déjà au niveau ASH, allez faire du propre avec ce qui est déjà sale parce que c'est vieux. »</p> <p>« Vous n'avez pas l'impression de faire du bon travail, vous faites la chambre à fond mais il y a tous les défauts à côté. Ce n'est pas neuf. »</p> <p>« Au niveau des lieux, ce qui est dommage, ce sont les parcs qui peuvent être très beaux et qui n'ont jamais été entretenus. »</p> <p>« Rien qu'aux M, au milieu c'était que des cailloux avant, là ce n'est que de l'herbe...on faisait des barbecues pour nos résidents. Maintenant on ne peut plus. Même ici la fontaine était mise en route tous les ans. »</p> <p>« On croirait une forêt vierge. »</p> <p>« Ils n'ont jamais vraiment parlé de l'état en général des locaux. Ils parlent plus de la chambre, du linge, de leur mère, de leur père... »</p> <p>« Le point fort c'est d'être avec le Centre hospitalier, s'il y a besoin d'une radio, d'une hospitalisation c'est tout prêt. C'est rassurant s'il y a une urgence. »</p> <p>« Euh si, il y a le prix de l'établissement, faut le dire quand même. Quand on voit comment c'est cher. »</p> <p>« Le point très très faible pour moi c'est la nourriture. »</p> <p>« Ce qui m'a choquée c'est le tutoiement et la façon de parler aux résidents. Ils sont bien traités physiquement mais cette façon de parler je ne comprends pas. La façon de parler entre eux dans un couloir, on n'est pas chez nous, on est sur un lieu de travail. »</p> <p>« Les locaux ça manque d'entretien mais ça pourrait être pas mal si c'était entretenu, les sols sont usés jusqu'à la trame. »</p> <p>« Je dis aussi aux familles que malgré tout, avec 1700 euros ce n'est pas le même entretien qu'un EHPAD à 3000 euros par contre pour le personnel il y a le même potentiel. »</p> <p>« Pour les IDE, il y a deux salles de soins par étage, les frigos et les toxiques dans une seule salle de soins par étage, c'est fatiguant, ça n'aide pas les gens qui remplacent. je trouve qu'il y a beaucoup de perte de temps par un manque de similitude entre les deux. C'est comme si chacun avait son pré carré en disant chez moi on travaille mieux que chez le voisin. »</p> <p>« Je trouve que pour un EHPAD, je trouve que l'on ne devrait pas parler de qualité des soins, elle est là, elle est flagrante. Au niveau des équipes infirmières...les soins sont bien faits. »</p> <p>« Dans l'ensemble, je trouve aussi que à part cette parole un peu...je trouve que la bientraitance est présente. »</p> <p>« Le point faible c'est le relationnel avec les familles, il y a beaucoup de jugements de valeurs. »</p>	
<p>Raison(s) du lancement du projet</p>	<p>« Je pense que c'est pour sectoriser les résidents, pour séparer la population Alzheimer des gens qui ont toutes leurs possibilités. »</p> <p>« Après c'est clair qu'il faut refaire les bâtiments, ce n'est pas fonctionnel, c'est minime. »</p> <p>« Au démarrage lorsqu'ils ont évoqué le projet, c'est vraiment le point sur lequel ils ont appuyé et ce que l'on ressentait finalement. »</p> <p>« On s'est dit qu'ils ne feront rien maintenant...et les bâtiments se détériorent, les problèmes ne seront pas résolus notamment la moisissure. »</p>	<p>S T U</p>

	<p>« Point fort, je dirai le soutien de l'équipe même s'il y a des désaccords. Point faible c'est l'encadrement au niveau de l'EHPAD. »</p> <p>« L'unité Alzheimer, il fallait construire quelque chose, parce qu'on en a de plus en plus...Au niveau de la sécurité des résidents aussi, on essaie de faire des choses à côté, elle n'est pas conçue du tout comme la maison pour des personnes qui déambulent et qui se sauvent... »</p> <p>« Il faut penser aussi aux gens lucides, c'est bien qu'ils soient séparés. »</p> <p>« Alors il y a le fait que l'on ait des besoins, on ne mélange plus les gens perturbants et les autres qui ont besoin d'être au calme. Besoin du respect du cadre, de la deuxième partie de vie pour eux et leurs familles, les chambres à deux lits, ce n'est pas que du confort, c'est une nécessité maintenant de vivre indépendamment sans avoir à subir l'autre et puis il y a de plus en plus de besoin d'UVP et d'UHR, la prise en charge est différente de celle d'il y a trente ans. Les locaux ne sont plus appropriés. Les notions d'Humanitude, de bienveillance, elles étaient déjà en application au Canada mais on en parlait peu. Aujourd'hui on baigne dedans et ça devrait faire partie du quotidien. »</p> <p>« Et puis aussi la profession a changé avant il n'y avait que des aides-soignantes maintenant il y a des AMP et du coup les prises en charge sont différentes et la vision de la personne âgée n'est plus la même. »</p>	
<p>Genèse du projet</p>	<p>« Très difficile au démarrage. La problématique c'est que les réunions, on n'a pas toujours été informé de quand elles se déroulaient...On a pu assister à la première mais on n'a pas été assez informé...et quand on demandait à la cadre de l'époque, on n'avait pas plus de réponses. »</p> <p>« Donc dans les réunions, tous les secteurs étaient représentés par grades, ceux qui le voulaient bien...On avait des interrogations mais on se heurtait beaucoup à un mur parce que malheureusement on travaille tous différemment...On a eu le sentiment en posant nos questions que c'était déjà établi et que quoi que l'on dise, c'était déjà prévu...que l'on était là pour avoir des informations et les transmettre que pour participer à des idées. »</p> <p>« Si on nous convie à des réunions et que l'on ne nous écoute pas, ça ne sert à rien...c'est ce que l'on a ressenti, je pense que c'est pour ça que l'on s'est détaché du projet. »</p> <p>« On en a eu trois de réunions mais je n'en ai fait qu'une. Ça ne nous a pas servi à grand-chose, on ne nous écoutait pas. Tout ce que l'on disait on entendait...ça a été fait autrement. »</p> <p>« On a évoqué les WC communs, pour nous c'était très important, et bien non ça devait être dans les chambres. »</p> <p>« Alors il y avait la Directrice, les cadres, quelques personnels, les architectes et ils avaient montré les grands plans et ce que l'on suggérait. Nous on disait par exemple que ça serait mieux comme ça. Et normalement on pensait qu'ils retiendraient ça et à la deuxième réunion et bien ce n'était plus du tout ça. Les plans avaient changé. »</p> <p>« Ben savoir ce qui allait se passer ici, quand même que je sois au courant, j'aime bien savoir. »</p> <p>« J'ai découvert quelques réunions le jeudi matin, j'ai tout découvert par bribes. »</p>	<p>S T U</p>
<p>Les attentes vis-à-vis du projet</p>	<p>« C'était de dire de ne pas faire la même chose là-bas. »</p> <p>« On se demande, que vont-ils faire dans le bâtiment actuel ? Faire du beau ou régler le problème ou faire du cache misère ? »</p> <p>« La première des attentes était d'être tenu au courant au fil du projet très régulièrement. »</p> <p>« Si comme j'ai dit tout à l'heure de ne pas reproduire là-bas les dysfonctionnements d'ici. »</p>	<p>S T U</p>

« L'interrogation du déroulé de la journée type, on ne sait rien de ce côté. On sait que l'on va être dispersé, c'est ce qui interroge l'équipe. On a peur que ce soit on vous met là et débrouillez-vous. Est-ce que l'organisation de la journée type d'un résident va être pensée ? »

« Qu'il y ait une fiche directrice, c'est une ligne de conduite. »

« Le matériel, tout ce qui est mis en place pour l'ergonomie, on voit qu'il y a du mieux. Mais ce n'est pas encore ça non plus. »

« On est en attente du déroulé de la journée. »

« Après quand son état se dégrade, comment ça va se passer ? »

« On sait que c'est validé mais il faut trouver une solution après. Que ça ne fasse pas cantine. »

« Que ce soit gai. »

« Et avec des couleurs, des décorations aussi...des pots de fleurs, il faut qu'ils se sentent comme chez eux. »

« Il y a tellement de choses à faire. »

« Moi j'ai espoir quand même avec ce projet, j'espère ne pas être déçue et tomber. »

« Le seul point c'est au niveau du personnel, là par contre on se demande comment ça va se passer, chaque service ne travaille pas pareil. »

« Les autres quartiers sont contre nous. »

« C'est ça qui fait peur. Tout le reste non, c'est très bien, il faut que ça évolue. »

« J'espère que la nouvelle direction va nous mettre un peu plus en avant au niveau de ce que l'on a besoin pour travailler, mobilier par exemple. Nous on est dans la pratique. »

« Nous mettre au courant de l'évolution des travaux, de tout ce qui se passe, on est au boulot, on est dans le service. »

« Un point d'interrogation, je vais voir comment ça va se dérouler et si vraiment ça ne me plaît plus, je vais demander à retourner à l'hôpital. Je ne veux pas travailler dans des conditions que je n'accepte pas. »

« Tout de suite, elles parlent du personnel. On sait que ça va être fait mais on a peu du résultat. »

« Parce que je ne sais pas comment je vais me dispatcher dans l'unité et vais-je être toute seule comme IDEC ? »

« Les familles ne vont pas comprendre, on a intérêt à les préparer. Ça va être un gros morceau. »

« Ça permet de poser leurs questions, ils ne s'adressent pas aux bonnes personnes pour avoir des réponses, donc ils peuvent avoir des réponses erronées c'est anxiogène. »

« Alors déjà une chose, quand vous êtes passées dans toutes les équipes, voir les équipes, c'est plutôt positif...il y a eu un retour, plus dans la sensation, le ressenti, ça ne laisse pas indifférent, les équipes sont contentes d'y participer...il y a aura toujours des insatisfaits. »

« Si ça pouvait casser certaines équipes de travail, redistribuer les agents selon leurs compétences et leur orientation professionnelle. Je trouve ça hyper intéressant. Ça serait de bonnes opportunités pour certains et ça revaloriserait certaines personnes qui en ont besoin. Casser un peu la routine. Par rapport aux résidents, j'aimerais bien que l'on respecte les affinités dans le déménagement. Que des personnes qui aiment se rencontrer ne se retrouvent pas trop éloignées. »

« J'écoute les équipes et les résidents et je vais chercher les infos qui manquent pour répondre au plus juste. Du coup, je suis obligée de m'intéresser à la nouvelle structure pour pouvoir répondre. »

	<p>« Parce que là on va se séparer. Les équipes IDE sont pour les étages complets et comment ça va se passer ? »</p> <p>« C'est pareil niveau infirmières, celles du bas ne veulent pas monter, celles du haut ne veulent pas descendre. Elles n'ont pas trop envie de s'y intéresser pour ne pas être séparées des copines. »</p> <p>« J'espère que l'on ne va pas réentendre une espèce de hiérarchie...c'est ce qui me fait peur. »</p>	
Articulation avec les besoins du territoire	<p>« Je pense parce que Alzheimer, ils vont construire une unité...Je trouve que ça n'évolue pas vite, on est au ralenti. »</p> <p>« Il répond certainement aux besoins vue la population accueillie. »</p>	T U
Avis sur le projet	<p>« Quand on a visité le chantier on a trouvé ça super bien, les salles de bains ont plu tout de suite, elles sont beaucoup plus fonctionnelles même si elles ne sont pas grandes. »</p> <p>« Clairement oui, en espérant que la sectorisation dure sur les années, oui ça répond aux besoins. »</p> <p>« Quand on fait la visite oui on pensait tout de suite questions pratiques, oui ça répond aux attentes même si c'est compliqué de se projeter. Il y a plein de choses sympathiques...on voit que les chambres donnent sur les salles-à-manger, c'est mieux pour être présent. »</p> <p>« C'est utile mais au bout d'un moment, les gens on les met où ? » (UHR et PASA)</p> <p>« Tout le reste non c'est très bien. »</p> <p>« Oui, j'espère. Au contraire ça fait longtemps qu'on le dit qu'il faut les séparer, je n'aime pas dire ça. Oui pour le bien de tous. »</p> <p>« Par contre il y a une chose qui m'a dérangée, je croyais depuis le début que l'USLD était au 1er étage et hier j'ai appris qu'elle est au rez-de-chaussée, je me suis dit mince que je n'ai pas compris. Ça m'a perturbée par ce que l'USLD est la troisième phase donc on va remplir l'étage avant le rez-de-chaussée. »</p> <p>« Je trouve ça immense mais vu du ciel c'est énorme et ça ne me plaît pas. »</p> <p>« C'est trop grand, je trouve que ce n'est pas rassurant...pour les résidents je trouve que c'est énorme. »</p> <p>« Il y a des choses bien, il y a quand même des avantages...par contre la surface de la chambre, je suis sceptique. »</p> <p>« Le PASA quand je vois les gens esseulés dans la journée et qui ne sont pas bien à 14 heures, c'est une super indication. »</p> <p>« Ça fait moderne, il n'y a pas d'identité, ça fait blockhaus. »</p>	S U
Suggestions d'amélioration	<p>« On apprécie d'avoir des WC à proximité et pas que dans les chambres. »</p> <p>« Des choses mais là je ne suis pas capable de le dire. »</p> <p>« Ça serait bien et avec une douche, les pauvres n'ont même pas la douche. »</p> <p>« Il y a beaucoup de salons ? »</p> <p>« Ils aiment bien toucher, pourquoi pas des gros légos, ils ont besoin de faire quelque chose de leurs mains. »</p> <p>« Il faudrait comme dans les selfs, un truc qui glisse pour ne plus porter des paniers avec une vingtaine d'assiettes. »</p> <p>« Même le parc autour du Village, on pourrait faire plein de choses. »</p> <p>« Ce serait bien d'améliorer les repas. »</p> <p>« Vous allez dire que je suis encore avec ça. Pendant un moment on faisait le manger-mains, il n'était pas terrible ici mais je trouve que c'est pas mal dans l'idée et c'est bête que l'on essaye pas de pousser un peu plus. »</p>	S T U

« La médiation animale c'était bien. Ce qui est bien aussi c'est mais je ne sais pas le nom...j'ai une collègue qui le faisait et quand elle venait, ils étaient méconnaissables, détendus. »

« Ça va être trop tard mais au niveau des volets électriques, ce qui est bien c'est quand il y a deux gros boutons, un gros bouton bleu et rouge, à la place des petits boutons qu'ils ne voient pas. »

« Aussi des lumières qui s'allument toutes seules dans les WC et dans la chambre. »

« Ce qu'il y a aussi...le CVS depuis que je suis là je n'ai rien vu. Il y a eu le COVID à partir de mars mais n'empêche qu'il est absent depuis mon arrivée...plus de participation des résidents, ils parlent beaucoup entre eux et avec les animatrices mais ça s'arrête là. Il n'y a pas de conséquences. S'ils sont écoutés lors des réunions il y a une autre portée. »

« J'ai vu le circuit du sale avec Madame DC, ça pose problème, ce sont des choses aberrantes. On est dans des lieux de vie où on travaille en blanc comme à l'hosto et l'évacuation du sale n'est pas respecté. »

« Quand j'ai vu la salle de soins c'était de travailler à l'horizontal d'un plan à l'autre, je me demande comment on va faire et quand je vois la salle à manger immense pour l'USLD alors que ce sont des patients. Il y a une salle de soins ridiculement petite mais je me suis dit...il y a des choses... »

« Moi j'aime bien les pavillons mais c'est fini ça. Oui plus pavillonnaire. »

« La création de l'identité visuelle de l'EHPAD. Ce serait bien. J'y reviens. Je trouve que sur le livret d'accueil le logo de l'hôpital, ça me gêne et on est pas l'hôpital. »

Annexe n°4 : compte-rendu de la rencontre avec des résidents de l'établissement

Compte-rendu de la rencontre avec les résidents du 23 juin 2021 à 15 heures

Objet : le nouvel EHPAD avec la projection d'un film présentant les travaux dans l'extension puis un temps de questions-réponses

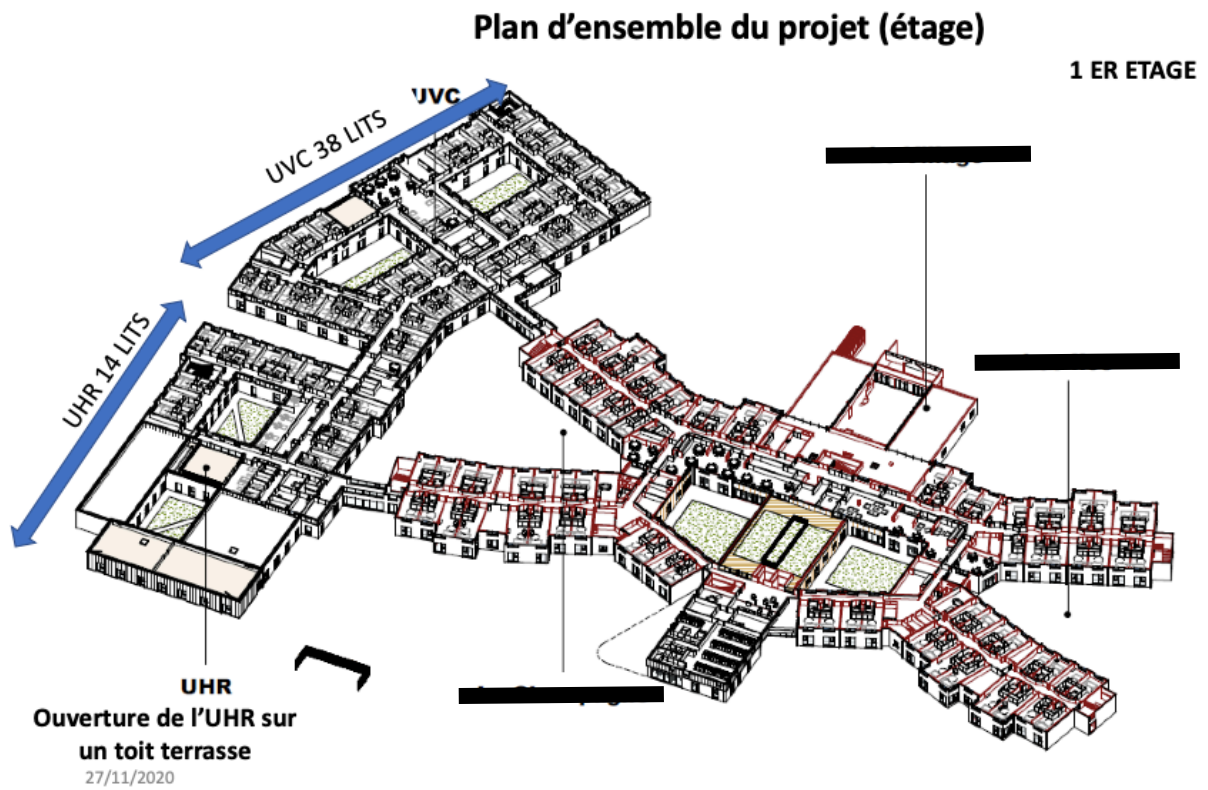
Remarques et conclusions :

- Demande pour présenter davantage des photos qu'un film. Ce dernier ne permet pas aux résidents d'appréhender les locaux et de s'y projeter ;
- Demande pour fournir/afficher les plans de l'extension et de la rénovation pour permettre aux résidents de s'habituer à l'idée du déménagement ;
- Remarque formulée sur l'absence d'informations sur le projet et sur l'avenir jusqu'à maintenant ;
- Prochaine réunion prévue début octobre 2021 ;
- Visite sur site logiquement possible dès novembre 2021 ;
- Les résidents ont été invités à préparer avec leurs proches leurs premiers cartons.

Questions	Réponses
Est-il possible d'avoir les plans de l'établissement ?	Les plans vous seront fournis en format A3
N'y aurait-il que des unités de 14 ?	Seuls les deux UVP et l'UHR sont des unités pour 14 résidents.
L'accès au parc extérieur est-il possible ? Ou sommes-nous obligés de rester dans les jardins intérieurs ?	Oui, vous pouvez accéder au parc entourant l'EHPAD.
Est-ce que l'on entendra encore les autres résidents hurler dans les couloirs la nuit ?	Non, les unités prévues pour les résidents avec des troubles sont des unités fermées.
Est-on obligé de venir dans le nouveau bâtiment ?	En 2022, afin de pouvoir effectuer les travaux de rénovation d'une majeure partie du bâtiment le V actuel, le déménagement de la majorité d'entre vous est inévitable. 110 résidents sont concernés.
Pensez-vous à notre tranquillité ? Un déménagement nous perturbe.	Malheureusement le déménagement est inévitable pour permettre de rénover l'existant.
Et une fois les travaux terminés, seront nous obligés de rester dans ce bâtiment ?	Non, si une fois les travaux terminés, vous souhaitez revenir dans le bâtiment du V rénové, vous le pouvez, c'est un choix qui vous appartient.
Ne peut-on pas rester au V pendant les travaux ?	Non, les travaux doivent pouvoir avoir lieu et il ne sera pas possible d'assurer une bonne prise en charge dans ce contexte.
Et pour les C ?	Dès 2022, un résident des C s'il le souhaite peut demander à intégrer l'extension. Pour les C, de toute façon en 2023, l'USLD et la partie EHPAD seront toutes les deux présentes dans l'extension et la rénovation.
Et pour l'USLD, dans quel bâtiment va-t-on ?	Pour l'USLD en fin d'année 2023/début d'année 2024 logiquement vous intégrerez le rez-de-chaussée de l'extension.
Les visites seront-elles toujours possibles ?	Les visites seront bien-entendu toujours possibles, peu importe le bâtiment.
Quand doit-on déménager ?	Le déménagement est prévu en décembre 2021. Attention, il peut être reculé de quelques jours eu égard aux difficultés d'approvisionnement en matières premières du chantier.
Y aura-t-il des appels malades ?	Des appels malades sont prévus : un dans la chambre et un second dans la salle de bain avec un fil long allant jusqu'au sol.
Aura-t-on toujours le coiffeur ?	Pendant les travaux, le salon dans le bâtiment le V sera rénové et donc inaccessible. La coiffeuse salariée de l'établissement

	sera amenée à intervenir soit dans le salon de coiffure du bâtiment les C soit dans vos chambres.
Pourra-t-on garder les télévisions ?	Vos télévisions seront positionnées sur des supports aux murs. Elles pourront être inclinées
Y aurait-il toujours une douchette dans la salle de bain ?	Non, la douchette pour
Quand commençons-nous à déménager ?	Début décembre sous réserve qu'il n'y ait pas de retard. Pour autant dès la fin de l'été, il est important de commencer à trier vos affaires en sollicitant vos proches.
Dans quoi pouvons-nous mettre nos affaires ?	Les services techniques ont mis de côté des cartons que vous pourrez utiliser.
Avons-nous la possibilité de prendre dans la chambre un de nos petits meubles ?	Vous pouvez installer sous la télévision un de vos meubles. Il existera à terme différentes tailles de chambres, vous verrez en fonction.
Peut-on mettre dans la salle de bain un réfrigérateur ?	Non, pour des raisons de sécurité, il est impossible d'installer un réfrigérateur dans la salle de bain. Vous pouvez le mettre dans la chambre.
Est-il prévu une augmentation du tarif ?	Une augmentation progressive du prix de journée est prévue étant donné l'installation dans des bâtiments neufs. Dans le même temps, vous bénéficierez d'une augmentation de l'APL en fonction des mètres carrés. L'augmentation est progressive en concertation avec le Conseil Départemental. Il est important de veiller à faire une nouvelle demande d'APL si vous n'en bénéficiez pas à l'heure actuelle étant donné l'augmentation du prix de journée.
Les heures des repas seront-elles modifiées ?	Il n'y a pas de raison que les horaires actuels soient modifiés.
Est il prévu de payer le coiffeur par la suite ?	Au moment du départ en retraite de la coiffeuse de l'établissement, d'ici 3 à 4 ans, le poste sera revu en fonction des besoins en personnels identifiés eu égard à la taille des locaux à entretenir. La question se posera à l'image des autres établissements du secteur. Vous pourriez être amenés à payer votre coiffeur intervenant à votre demande dans l'établissement.
La cuisine sera-t-elle toujours pareil ?	La cuisine par le GIP restera inchangée.
Peut-on visiter avant d'emménager ?	Une visite pourrait être faite juste après la Commission de sécurité. A l'heure actuelle, le chantier est difficilement praticable. La visite sera organisée au plus près de la livraison.
La petite boutique sera-t-elle toujours d'actualité ?	Les bénévoles vaccinés peuvent revenir dans l'établissement. Concernant la boutique, il s'avère que l'association ne la poursuit pas étant donné le peu de personnes
Notre médecin personnel peut-il venir dans l'établissement ?	Au contraire, les professionnels libéraux peuvent intervenir.
Quand les visites sous un régime normal pourront reprendre ?	Pour l'instant les directives ministérielles n'ont pas évolué.
Les salles de bain sont-elles communes à plusieurs chambres ?	Non chaque chambre dispose de sa salle de bain propre.
Pouvez-vous préciser la date de la prochaine réunion ?	La prochaine aura lieu en octobre 2021.

Annexe n°5 : un des plans d'ensemble du projet architectural (1ère étage du bâtiment final)



Annexe n°6 : extrait (page 3) compte-rendu d'une des premières réunions sur le projet (10 novembre 2015)



plus en plus induites par une perte d'autonomie liée à une pathologie de type maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Afin d'offrir des conditions d'accueil adaptées à l'évolution de la dépendance des personnes âgées et dans un souci permanent d'amélioration de la qualité des soins et des conditions d'accueil de ses résidents, le centre hospitalier a décidé de lancer un projet de restructuration de l'EHPAD.

Le projet vise à :

- Transformer les 46 lits d'EHPAD actuellement situés au [REDACTED] et 3^{ème} étages) en 4 Unités de Vie Protégée (UVP) d'environ 14 lits (50 au total), et reconstituer ainsi la capacité autorisée de 230 lits
- Créer une Unité d'Hébergement Renforcée de 14 lits proposant un hébergement, des soins et des activités adaptées aux personnes atteintes de troubles du comportement et/ou cognitifs sévères et perturbateurs
- Créer 3 lits d'hébergement temporaire, permettant un accueil de courte durée des personnes en présentant le besoin et offrant ainsi un répit et un soutien aux aidants
- Réhabiliter les locaux [REDACTED] pour améliorer les conditions d'accueil.

La capacité de l'EHPAD sera ainsi portée de 230 à 247 lits :

- 180 lits dans le bâtiment [REDACTED]
- 64 lits, dédiés à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées
- 3 lits d'hébergement temporaire.

Les 37 lits seront installés dans une structure bâtementaire neuve, à proximité ou en contiguïté du [REDACTED]

Pour mener à bien cette opération, le Centre Hospitalier souhaite au préalable s'appuyer sur un programmiste, afin de définir les besoins précis de l'établissement, compte tenu de sa structure actuelle et de son évolution à moyen terme, et réaliser une analyse technique et fonctionnelle de l'existant. Sur la base des scénarii étudiés, il devra ensuite l'assister dans la rédaction du programme fonctionnel et technique détaillé.

L'étude de programmation comprend 4 phases :

- **PHASE 1 – Diagnostic – définition des besoins - préprogramme**
Prise en compte des études existantes - Diagnostic technique et fonctionnel
Etat des besoins – audit des utilisateurs
Tableau des surfaces - schéma fonctionnels – préprogramme théorique
 - **PHASE 2 – Scénarios - faisabilité**
 - **PHASE 3 – Scénario définitif**
 - **PHASE 4 – Programme technique détaillé (tranche conditionnelle)**
- Ebauche de programme
Programme finalisé

- **Maîtrise d'ouvrage**

Annexe n°7 : extrait d'une note interne de réflexion de juin 2014 (genèse du projet)

Projet de vie et de qualité mais il faut présenter les fiches actions autrement
Il faut une identification des personnes âgées accueillies dans la structure
Pas de Projet global de restructuration de l'offre

Jun 2014

Capacité des lits d'hébergement permanent

. 180 lits

. 50 lits au

Pas de PASA

Pas d'Unité Hébergement Renforcé

Pas d'UVP

Proposition de L'ARS : L'Offre doit se diversifier

Attente très forte d'amélioration des conditions d'accueil de notre EPHAD par le Conseil Général

Le village est propriété de

Projet de réorganisation

1/ transfert des lits de [redacted] vers construction et restructuration suite à la rédaction d'un PTD =

- Transformation des lits de [redacted] Unité de Vie Protégée de 14 lits (UVP) (4 x 14)
- Création de 3 lits Temporaires
- Création d'un UHR de 14 lits (Unité d'Hébergement Renforcé)

La capacité de notre EPHAD sera donc de 247 lits (180 [redacted] structure 67 lits) soit une augmentation de la capacité de 14 lits UHR inscrite au Schéma Régional Médico-Social et 3 lits temporaire

UHR pour des résidents avec des conduites à comportement très sévères, séjour de 3 à 4 mois
Inconvénient : population difficile

Personnel spécifique (formation particulière)

Relations de partenariat avec les EPHAD voisins, mais c'est très exceptionnel

Limite prise en charge psy [redacted]

Il y a trois UHR pour [redacted]

- UHR rattaché USL [redacted]
- UHR rattaché EPHAD - A [redacted]
- UHR au [redacted] (ser) rattaché à l'EPHAD

Quel intérêt ? Moyens spécifiques au-delà du plafond. Enveloppe de crédits = 172 K€/an

Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

Les crédits n'existent pas pour le PASA actuellement. Le PASA n'augmente pas la capacité d'accueil

Niveau du budget, pour 12 à 14 places 64 K€/an

Il existe un Cahier des Charges Spécifiques

ARCHITECTURE

Gestion unité fermée ou ouverte

Annexe n°8 : extrait d'une demande de l'ARS de diversifier l'offre de l'établissement dans le cadre de la nouvelle convention tripartite 2015-2019



Direction de la Qualité et de la Performance

Appui à la Performance

21/07/2016

Remarques sur l'étude de faisabilité de restructuration et extension de l'EHPAD du

Etude de faisabilité – Scénario définitif – Version 1 du 25 mai 2016

Bilan de l'existant :

Les lits d'EHPAD du [redacted] sont répartis sur 2 sites :
[redacted] 181 lits dont 30 en chambres doubles réparties en 4 unités de 44 à 46 lits sur 2 niveaux de [redacted] et 76 chambres et 46 lits dans le bâtiment [redacted] en une unité de 38 lits au 1er étage et 8 lits au 3ème étage dans une unité avec des lits USLD.
Le bâtiment [redacted] a été construit par [redacted] dans le cadre d'un bail emphytéotique sur une parcelle mise à disposition par le CH. Le 1^{er} janvier 2016, le bail a été transféré [redacted]

Il est inscrit dans la nouvelle convention tripartite de l'EHPAD [redacted] 2015 – 2019 signée avec l'ARS et le Conseil Départemental de [redacted]

Le projet de l'EHPAD du [redacted]

1. Réhabiliter des locaux du bâtiment LE VILLAGE, pour améliorer les conditions d'accueil et transformer les chambres doubles en chambres seules. La capacité d'accueil du [redacted] passera de 180 à 150 places.

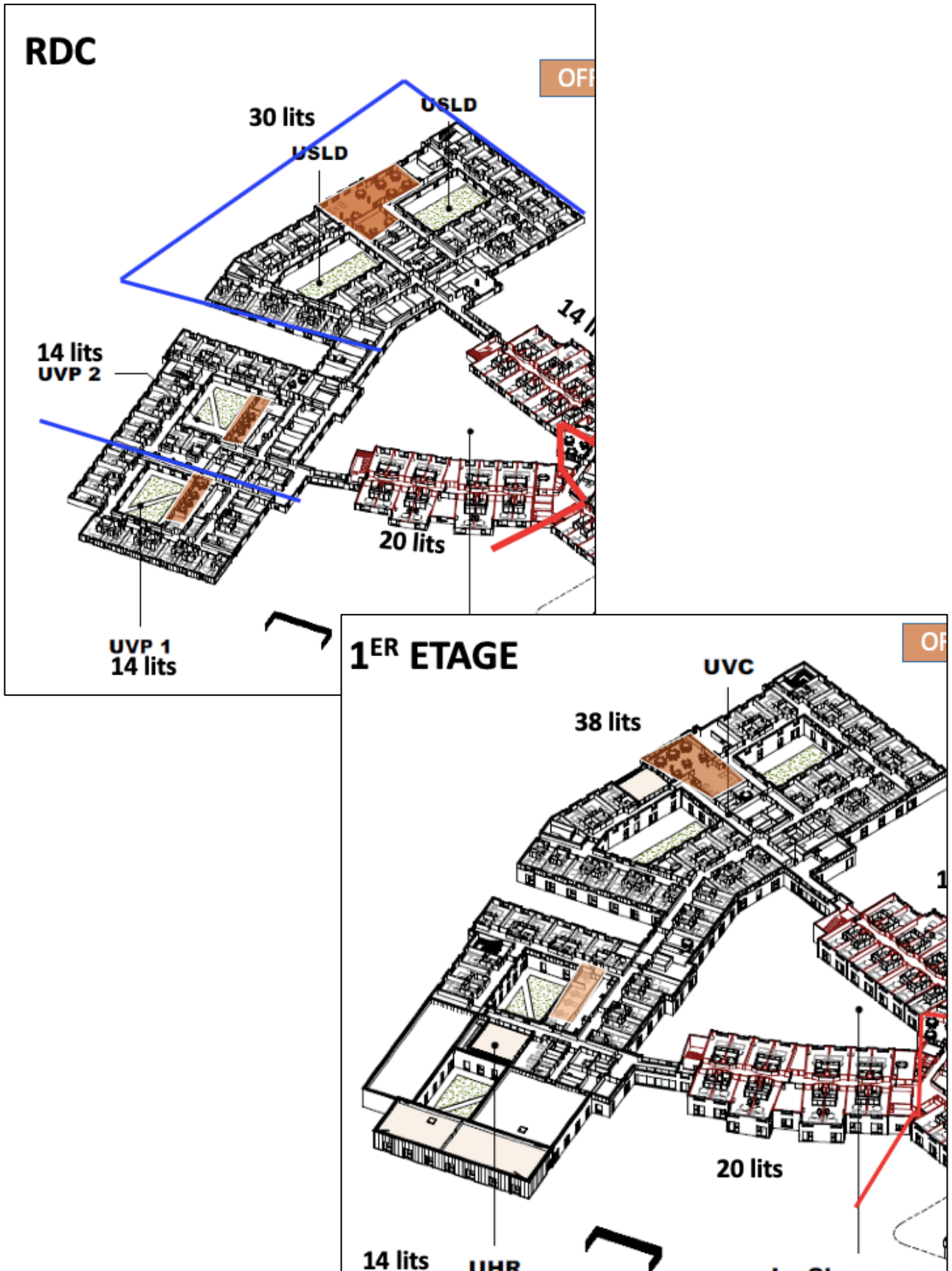
2. Construire un nouveau bâtiment qui accueillera :

- Trois Unités de Vie Protégée (UVP) de 14 places : unités d'hébergement et de vie collective protégée, les UVP accueillent des personnes présentant des troubles du comportement, souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, désorientées, démentes et déambulantes qui ont besoin de vivre librement dans un milieu sécurisé ;*
- Une Unité d'Hébergement Renforcée de 14 places, proposant un hébergement, des soins et des activités adaptés aux personnes âgées atteintes de troubles du comportement et/ou cognitifs sévères et perturbateurs ;*
- Une unité d'hébergement classique de 36 places.*

Le projet de construction :

Les 2 implantations proposées ne permettent pas de relier les 2 parties de l'EHPAD. L'implantation de la future construction ne peut être choisie à ce stade et devra être laissée libre pour le concours, l'objectif est d'avoir un plan de masse cohérent pour l'ensemble de la structure. Le déplacement de la voirie et de l'hélistation (ou hélisurface) sont possible dans le cadre du budget (<1%) et ne doivent donc pas être une contrainte à ce stade.

Annexe n°9 : plans de l'extension



Annexe n°10 : liste des résidents entrés en 2019 avec précision du lieu d'origine

USCJ
verts du domicile

PROVENANCE DES RESIDENTS EN 2019

Année de Fin Passage (vh2)	Dernier UF Médic (vh)	Lb.UF Médic (vh)	Dernier UF Heber	Lb.UF Heber (vh)	Début Passage (vh1)	Fin Passage (vh2)	Lb Mode Ent. (vh1)
2019	7150		8890		01/05/2005	25/03/2019	Admission après consultation par un médecin du CH
2019	7150		8890		27/09/2007	06/01/2019	Admission après consultation par un médecin du CH
2019	7150		8893		13/02/2009	03/03/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8880		26/04/2010	24/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		15/10/2010	03/04/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8892		11/03/2011	22/04/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8890		22/07/2011	18/01/2019	Domicile
2019	7150		8892		19/08/2011	28/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8893		21/11/2011	25/05/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8881		04/12/2012	19/06/2019	Domicile
2019	7150		8893		11/03/2013	29/11/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8880		30/04/2013	23/04/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8890		17/06/2013	10/04/2019	Domicile
2019	7150		8891		12/08/2013	08/02/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8892		25/02/2014	01/10/2019	Domicile
2019	7150		8881		25/04/2014	03/02/2019	Domicile
2019	7150		8891		25/06/2014	05/02/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8891		26/08/2014	16/03/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8891		12/02/2015	05/02/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8890		15/04/2015	02/03/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8892		24/06/2015	30/09/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7190		8880		13/08/2015	07/01/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8893		21/09/2015	19/11/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		25/01/2016	14/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8880		21/08/2016	17/04/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		24/06/2016	19/01/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		22/09/2016	27/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8892		24/10/2016	07/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8892		21/11/2016	05/04/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8890		01/02/2017	19/02/2019	Domicile
2019	7150		8893		20/03/2017	21/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		05/05/2017	22/08/2019	Transfert depuis un autre CH psychiatrique
2019	7150		8893		10/05/2017	05/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		08/06/2017	21/03/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8880		19/06/2017	22/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		17/07/2017	10/12/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8881		24/07/2017	18/10/2019	Domicile
2019	7190		8880		25/07/2017	13/09/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8890		25/08/2017	15/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8880		20/02/2018	29/04/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		04/04/2018	11/04/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7150		8881		04/04/2018	02/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		11/06/2018	03/05/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8892		04/07/2018	09/02/2019	Domicile
2019	7150		8881		10/07/2018	31/01/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8890		12/07/2018	02/03/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8893		22/08/2018	25/11/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8892		23/08/2018	06/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		26/09/2018	28/08/2019	Domicile
2019	7150		8892		10/10/2018	04/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8881		12/10/2018	24/10/2019	Transfert depuis un autre CH court séjour
2019	7190		8881		22/10/2018	30/06/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7190		8887		24/10/2018	21/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8891		13/11/2018	02/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7150		8892		14/11/2018	15/02/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation
2019	7180		8881		21/11/2018	28/06/2019	Transfert depuis un autre CH soins de suite et de réadaptation

56

Annexe n°11 : Grille d'analyse du questionnaire dispensé aux professionnels

	Âge	Sexe	Profession	Andenneté dans l'EHPAD	Adjectifs établissement actuel	Points faibles de l'établissement actuel	Points forts établissement actuel	HTU	Connaissance des 2 places d'HTU
Répondant 1	Plus de 45 ans	Féminin	Intermédiaire	De 10 à 20 ans	Dynamique Vieillesse Froid	Aucun lieu de vie en extérieur accessible et adapté (parc, chemins, bancs, tables et chaises...)	Grande diversité d'activités et d'animations proposées (y compris durant la crise sanitaire)	OUI	OUI
Répondant 2	Plus de 45 ans	Féminin	Intermédiaire	De 10 à 20 ans	Accessible Vieillesse Froid	Structure trop grande N'est plus conforme pour les résidents accueillis actuellement	Diversité des activités	OUI	OUI
Répondant 3	De 25 à 45 ans	Masculin	Intermédiaire	De 1 à 10 ans	Dynamique Accessible Vieillesse	Chambre double Distance entre le Village et les Coquelicots	Être dans un Centre Hospitalier Le tarif des chambres	OUI	OUI
Répondant 4	NR	NR	NR	NR	Accessible, Vieillesse, froid, Impersonnel	Un point accueil au niveau du bâtiment le Village manque pour renseigner les familles	La diversité des activités du pôle animation	OUI	OUI
Répondant 5	De 25 à 45 ans	Féminin	Soignante	De 10 à 20 ans	Accessible, Vieillesse, insalubre	L'architecture. Changement de cadre tous les deux ans et mauvais suivi du projet architectural. Absence de pensée en termes de qualité de vie au travail, bâtiment immense, une seule entrée et un seul local poubelle	Réorganisation et le changement	NON	NON
Répondant 6	De 25 à 45 ans	Masculin	Soignante	De 10 à 20 ans	Accessible, Vieillesse, Froid, Familial	Locaux insalubres et vieillissants ainsi que son mobilier. Le manque de personnel peut entraîner également une lassitude dans les équipes.	Malgré ses défauts, l'établissement dispose d'équipes soignantes qui effectuent leur travail dans leur maximum du possible auprès des résidents.	OUI	OUI
Répondant 7	De 25 à 45 ans	Féminin	Soignante	De 1 à 10 ans	Accessible, Vieillesse et Froid	Andenneté des locaux, le manque de moyens, le manque d'une cadre supplémentaire	Rien à dire	OUI	OUI
Répondant 8	De 25 à 45 ans	Féminin	Soignante	De 10 à 20 ans	Vieillesse, Froid, Vétuste	En terme organisationnel, une seule cadre n'est pas suffisante. En terme pratique, pas fonctionnel étant donné la population.	Des unités séparées, quoique déjà grandes en termes de surface.	OUI	OUI
Répondant 9	De 25 à 45 ans	Féminin	Soignante	De 1 à 10 ans	Accessible, Vieillesse, Froid	Pas fonctionnel, manque de place.	NR	OUI	NON
Répondant 10	Plus de 45 ans	Féminin	Soignante	De 10 à 20 ans	Accessible, Vieillesse, Froid, Impersonnel	L'architecture et pas assez de personnels	Les prix et l'équipe d'animation.	OUI	OUI
Répondant 11	Plus de 45 ans	Féminin	Soignante	De 1 à 10 ans	Vieillesse, froid, impersonnel	Trop grande structure, pas de culture d'établissement. Absence d'accueil pour les familles et les médecins traitants.	Un fort attachement des équipes aux résidents.	OUI	OUI
Répondant 12	Plus de 45 ans	Féminin	Soignante	De 10 à 20 ans	Accessible, Vieillesse, froid, Impersonnel	Locaux non adaptés aux fauteuils roulants. Les résidents sont mélangés avec différentes pathologies.	L'animation	NON	NON
Répondant 13	De 25 à 45 ans	Féminin	Intermédiaire	De 1 à 10 ans	Vieillesse, froid	Les lieux de vie et d'échanges pour les résidents ne sont pas très accueillants. Manque de place dans les salons aux C.	Une grande salle pou l'animation au V.	OUI	OUI
Répondant 14	Moins de 25 ans	Féminin	Intermédiaire	De 1 à 10 ans	Accessible, Vieillesse, Impersonnel.	Manque de communication, pas de travail en équipe. Les locaux sont sombres et manque d'intimité pour les résidents.	Réactivité lors des entrées en HTU.	OUI	OUI

des questionnaires dispensés aux personnels

DVPT de PEC spécifiques	PASA	Dvpt de PASA	UHR	UHR réponse à un besoin	Avis sur le projet d'extension	Défauts corrigés	Lequels	Suggestions
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NR	NR	Création de lieux de distribution extérieurs mais aussi des lieux de promenade adaptés pour les résidents et leurs familles (tables, tables de pique-nique)
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Très bon projet pour les UVP en espérant que l'on puisse renseigner les familles pour se diriger dans la structure.	NR	NR	Fermer une partie sur le parc pour créer un parcours de santé et un jardin des cinq sens pour les résidents de l'EHPAD.
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Plus adapté aux différentes pathologies des résidents Très lumineux et beaucoup de patios et de terrasses pour sortir en sécurité.	NR	NR	NR
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Un point important pour les résidents qui demandent à être séparés des résidents à troubles cognitifs.	NON	NR	Bien exploiter les espaces intérieurs. Que les cours intérieurs ne deviennent pas des foyers. Acheter des salons de jardin.
OUI	NON	Ne sait pas	NON	NR	Manque de place dans les chambres et manque de place dans les espaces de vie.	NON	NR	Groupe de réflexions organisation et suivi.
OUI	NON	OUI	OUI	OUI	Un grand projet qui demande un investissement important en peu de temps.	OUI	UVP, UHR, PASA	La salle multimédia qui aurait pu être très utile pendant la crise rencontrée pendant le COVID 19.
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Projet non étudié comme il se doit (fonctionnement, praticité), projet précipité.	OUI	en partie avec les nouvelles unités adaptées	Une salle de bain commune par étage et une salle Snoezelen par étage.
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Toujours des lacunes quant aux locaux qui ne sont pas bien pensés voire pas pensés du tout.	OUI	Un meilleur fonctionnement global des locaux	NR
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Manque des fonctionnalités pour les agents et les résidents. Manque d'espace dans les lieux de vie (les salles à manger sont trop petites). Il faudrait différencier les deux structures (nouvelle et ancienne).	NON		Différencier les deux structures pour les circuits du linge et des repas.
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NR	OUI	L'architecture	NR
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Très beau projet mais une réflexion en amont avec les équipes aurait été plus pertinente et mieux vécue.	NON	NR	Au regard de la superficie du nouveau bâtiment, un accueil devrait être envisagé pour le futur.
OUI	OUI	OUI	NON	OUI	Espaces lumineux et beaucoup de patios.	Oui	NR	Une signalétique en UVP pour aider les déambulants à s'orienter.
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Bâtiment très lumineux. Pas très proportionnel au niveau des salles à manger pour le service SLD par rapport à l'UVC.	OUI	luminosité. Les lieux de vie ont fait mieux, à voir avec les meubles à l'intérieur	Aménager des coins d'ombre pour les résidents et les familles. Faire en sorte que les extérieurs soient plus accessibles pour les résidents qu'actuellement.
OUI	OUI	OUI	NON	NR	Le nouveau bâtiment est beaucoup plus lumineux. Chaque résident a sa propre chambre donc respect de l'intimité. Le mobilier va être renouvelé. Meilleure prestation par le résident, plus agréable.	OUI	Luminosité, chambre séparée, respect de l'intimité et plus chaleureux.	NR

Annexe n°11 (suite)

	Nombre d'apparitions
Dynamique	2
Accessible	10
Vieillissant	13
Froid	11
Impersonnel	5
Insalubre	1
Familial	1
Vétuste	1

HTU : réponse à un besoin ?	Nombre
OUI	12
NON	1
Non Renseigné	1
Total	14

DVPT de PEC spécifiques (UVP) : réponse à un besoin ?	Nombre
OUI	14
NON	0
Total	14

DVPT du PASA : réponse à un besoin ?	Nombre
OUI	13
NON	0
Ne sait pas	1
Total	14

DVPT d'une UHR : réponse à un besoin ?	Nombre
OUI	12
NON	0
Non Renseigné	2
Total	14

Annexe n°12 : extrait du compte-rendu de la réunion du 26 mai 2021 avec les « référents travaux », document remis à des membres de l'ARS lors de leur visite du chantier

Annexe n°1	
Questions à prendre en compte pour préparer le déménagement (issues des échanges avec les équipes)	
Questions posées	Réponses et acteurs concernés
Les pratiques vont-elles être harmonisées ?	Ne faisant in fine qu'un seul et même bâtiment, une harmonisation des pratiques est à travailler.
Quand la visite de la chambre témoin sera-t-elle possible ?	La chambre dite témoin est en cours d'achèvement, néanmoins possibilité de visiter le chantier (les mercredis 16, 23 et 29 juin 2021 à 13 heures).
L'installation de rails au plafond est-elle prévue ?	Oui en systématique, moteur mobile sauf fixe pour situation particulière.
Y a-t-il des chambres doubles ?	Des communicantes pour couples mais avec double portes, dans le règlement de fonctionnement est prévu un déménagement si décès du conjoint dans des délais raisonnables, à personnalise dans le Projet de vie Individualisé.
Comment allez-vous organiser le déménagement ?	il a été demandé lors de la réunion du mois d'avril de commencer à penser, imaginer de positionner les résidents dits prioritaires dans les uvp ,dans un premier temps d'utiliser le secteur USLD pour les o2 requérants et des plans A3 ont été fournis fin avril pour matérialiser le positionnement. Des groupes de travail sont à mettre en place : des plans en grand format et en papier sont disponibles, les listes de volontaires sont à créer.
Comment organiser le travail si le déménagement sur un secteur prend trois jours ?	C'est une thématique à aborder en groupe de travail. Le déménagement est prévu à minima sur 10 jours.
Y aura-t-il une psychologue ?	Oui les deux psychologues (une en cours de recrutement actuellement) ont déjà accompagné des EHPAD avec des déménagements. Elles connaissent les écueils.

Les quatre quartiers seront-ils mélangés ?	C'est la personnalisation de la prise en charge qui engendrera ou pas le "mélange".
Qu'est-ce qu'un PASA et une UHR ?	Pour le PASA et l'UHR nous avons prévu d'expliquer le principe. Tout agent intéressé peut contacter l'administration afin que l'on diffuse une documentation. ATTENTION ces deux unités sont financées sur appel à projet pour être labellisées, j'ai déjà remis à certains agents des maquettes projets de PASA, Noctambule (attention financement département car prévu au schéma gérontologique départemental),
Y aura-t-il des extérieurs et des jardins pour les résidents et les familles ?	Oui mais je vais demander pour la jonction entre les deux bâtiments un devis complémentaire pour un jardin thérapeutique, Dossier à déposer en juillet. Un fournisseur spécialisé dans les jardins Alzheimer est venu le 3 juin.
Est-ce encore une construction de X ?	Oui qui s'appelle Y maintenant.
Pourquoi les fenêtres de l'étage de l'extension sont noires alors que celles du rez-de-chaussée sont blanches ?	Les fenêtres blanches correspondent au vitrage standard, celles en partie sombres correspondent à de l'aluminium car on ne sait pas faire de telles dimensions en pvc.
Qui sélectionne les résidents de l'UHR ?	Les tests, c'est pourquoi la psychologue commence à les réaliser.
Quelle est la législation en vigueur pour une UHR ?	C'est une RBPP (recommandation de bonne pratique professionnelle) de l'ANESM-HAS.
Y a-t-il une formation de prévue pour l'AS en UHR ?	AS OU AES-ASG. Le plan de formation 2022 sera étudié à cet effet en fonction des souhaits émis en entretien annuel.
Les équipes qui s'entendent bien resteront elles ensemble ?	Je laisse les cadres imaginer les plannings mais au préalable il faut déterminer les organisations d'où les groupes de travail.
Comment organiser les lignes de téléphone dans la nouvelle structure ?	Les idéc commencent depuis presque un an à évoquer la problématique afin d'éviter des surcoûts, la structure prendra en charge le transfert financier des lignes fixes posées depuis plusieurs années.

Quels quartiers déménagent en premier ? Le haut et le bas ensemble ?	Tous les quartiers déménagent, certains à 100% d'autres partiellement (cf annexe n°2).
Est-ce aux équipes uniquement de déménager les résidents ?	Pour tout ce qui est équipements, ce sont les services techniques (renforts ponctuels de contractuels ?). Pour les résidents ce sont les équipes avec des renforts, des bénévoles, des familles, on peut aussi imaginer faire un projet avec l'IFSI.
Les familles et les résidents, ont-ils été prévenus ?	On en parle déjà systématiquement à toutes les entrées mais nous n'avons pas pu faire de réunions eu égard à la période covid. C'est pour cela qu'il y a une borne pour passer les vidéos, sur le site internet c'est mentionné ainsi que sur la page facebook de l'établissement. Par ailleurs on est en train de terminer les élections au CVS, c'est un thème prioritaire. Pour les résidents j'ai demandé à l'équipe d'animation d'évoquer le déménagement, de venir montrer les meubles, mais ils ne peuvent pas à ce stade visiter le chantier. La plupart du temps on réalise une visite pour le CVS, à défaut c'est pour ça que la borne a été positionnée.
Est-ce difficile l'UHR ?	Il faut être volontaire pour travailler dans ces unités, il est possible d'aller visiter celle de R (CHU de) (ce sont des résidents jeunes).
Comment fait-on pour l'oxygène ?	Déjà vu avec la pharmacie qui a adhéré à un marché de concentrateurs, vos cadres sont allés à une réunion avec Mme F sur ce sujet. L'oxygène dans les murs ne concernera plus que l'USLD.
Est-ce des douches à l'italienne dans les salles de bain ?	Oui c'est obligatoire.
Y aura-t-il du matériel neuf ?	On commence à négocier un plan pluriannuel d'investissement (PPI) sur 3 ans mais tout dépend du financeur. Comme évoqué dans un mail sur Titan des équipements neufs sont positionnés sur les coquelicots (salle d'animation) pour que les résidents et les personnels puissent les tester. Il s'agit de 3 fauteuils. Merci de noter vos remarques sur le document mis à disposition près des fauteuils. On vient de passer un bon de commande de plus de 54 000 euros pour les offices.
Quand pourrons nous aller voir une UHR une journée ?	Cf supra
L'UHR c'est là où il n'y a pas de fauteuil roulant ?	C'est rare mais ça peut être transitoire, le temps d'un passage dans une autre unité plus adaptée.

Il n'y aura plus beaucoup d'unités classiques du coup	Il reste encore beaucoup d'unités dites conventionnelles. Dans l'extension, une unité de 38 résidents est prévue.
Quels travaux vont être faits au V dans le bâtiment actuel ?	Tout va être mis aux normes (sauf la salle des fêtes semble t-il).
Est-ce que les portes des salles de bain du bâtiment rénovées vont être agrandies ?	Oui, afin d'être aux normes PMR.
Est-ce que l'infirmière de nuit à l'USLD ira aider dans les autres unités ?	L'organisation de l'USLD est encadrée. Il n'est pas prévu qu'elle soit positionnée sur plusieurs unités.
Qui va contacter les familles concernant les déménagements des résidents ?	C'est à l'administration qu'appartient de prendre contact avec les familles pour proposer le changement de chambre et d'évoquer l'augmentation des tarifs. S'en suivra la signature d'un avenant au contrat de séjour. Tout cela ne pourra être engagé qu'à partir du moment où la première liste des résidents dans l'extension sera proposée.

Annexe n°13 : fiche action n°1 page 22 de la Convention Tripartite 2015-2019

EHPA		Date d'élaboration de la fiche action : octobre 2015
	FICHE ACTION N°1	Convention Tripartite 2015 - 2019

Titre du projet	AMELIORER LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES RESIDENTS ET LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS ATTEINTS DE LA PATHOLOGIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTÉES	
Acteurs	<i>Pilotage</i>	Pôle Médico-social - SSR
	<i>Porteurs</i>	propriétaire du bâtiment
	<i>Public cible</i>	Résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées Résidents présentant des troubles cognitifs
Responsable(s)	<i>Chef de projet</i>	Directeur référent du Pôle Médico-social - SSR
	<i>Membres</i>	Médecin coordonnateur Cadres de santé EHPAD Direction des services techniques du Centre Hospitalier
Axe stratégique	<i>Axes auxquels se rattache l'action</i>	Projet architectural Projet médical et de soins
Management	<i>Objectif(s) Opérationnel(s)</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Améliorer les conditions d'accueil des résidents par : <ul style="list-style-type: none"> - la construction a minima d'un bâtiment permettant d'accueillir les 50 résidents actuellement hébergés dans le bâtiment - la réhabilitation du bâtiment > Améliorer les conditions d'accompagnement et de prise en charge des résidents ayant des troubles cognitifs et/ou des pathologies de type Alzheimer par une diversification des modalités d'accueil (Unité d'Hébergement Renforcé, Unités de Vie Protégées, Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés) > Proposer une offre d'accueil répondant aux besoins de la population à afficher à une offre d'accueil temporaire et d'accueil de jour.
Actions / Résultats à atteindre	Construire le bâtiment pouvant accueillir les 50 résidents actuellement hébergés dans le bâtiment Réhabiliter le bâtiment	
Origine : description du besoin	Projet architectural <ul style="list-style-type: none"> > Cf annexes 1 et bis Fiche de présentation du projet > Des locaux dans le bâtiment inadaptés à l'accueil de personnes âgées dépendantes : le bâtiment est une structure hospitalière qui ne répond pas aux standards d'un lieu de vie et aux attentes des résidents et de leurs familles. Les espaces communs sont largement insuffisants. Les espaces de convivialité sont inexistants. > Bâtiment <ul style="list-style-type: none"> - une architecture qui n'est plus adaptée à des résidents en perte d'autonomie : longs couloirs inadaptés à des résidents désorientés, - des locaux de convivialité (salle à manger, petits salons) dans chaque quartier, donc nombreux, de petites tailles et nécessitant des organisations de travail consommatrices en personnels, - des espaces peu lumineux, - des locaux ne répondant pas aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (cf ADAPT). > Une offre d'accueil ne répondant aux besoins de la population actuelle et future vieillissante : <ul style="list-style-type: none"> - Patients déments et déambulants perturbateurs - Patients atteints de la pathologie d'Alzheimer ou apparentée > Le projet architectural a été relancé au 1er semestre 2015. 	

5.5 AXE 5. Projet d'établissement et Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

➤ 1ere Partie : PROJET D'ETABLISSEMENT

5.5.1 Critère 1 : Conformité aux différentes étapes d'élaboration

Constats :

Le projet d'établissement et ses différents volets (projet médical, projet qualité et sécurité des soins, projet social, projet de soins) réalisé précédemment n'est plus d'actualité et n'a pas été validé par les instances.

Ce projet ne comportait pas de volet spécifique EHPAD ni la construction d'une véritable filière gériatrique.

Néanmoins Les équipes de l'EHPAD avaient travaillé sur un « projet de vie et de soins, et processus qualité en EHPAD ». Ce travail avait permis la réalisation de 40 fiches actions, dont quelques unes ont été mises en œuvre.

De ce fait, la filière gériatrique n'étant pas une priorité institutionnelle, l'établissement n'a pas su saisir les opportunités que pouvait offrir le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 ou le Plan Alzheimer 2008-2012 : création de PASA, UHR, UVP, Accueil de Jour....

Dans le travail réalisé par les équipes à travers le Projet de Vie et de Soins et Processus Qualité, les besoins d'évolution des prises en charge, outre la vétusté et l'inadaptation des locaux avaient bien été en partie identifiées : fiche 1.1.5. Projet spécifique Alzheimer.

A l'inverse l'établissement replié sur lui-même, délaissant ce secteur qui cependant est majoritaire en termes de lits au Centre Hospitalier [REDACTED]

Les partenariats sont faibles, une convention est signée avec l'EPSM [REDACTED] [REDACTED] Des ouvertures récentes vers les EHPAD voisins se sont mises en place.

La nouvelle Directrice, arrivée en 2014, a pris la mesure de la situation et a recruté une directrice adjointe, affecté au secteur des personnes âgées exclusivement. Cette nouvelle orientation doit permettre de réelles avancées dans la reconnaissance et les projets à mettre en œuvre dans ce secteur.

Points Forts

L'arrivée d'une nouvelle direction et le recrutement début 2015 d'une directrice adjointe affecté au secteur personnes âgées.

Axes d'amélioration

Annexe n°15 : extrait d'un document de travail, projet d'établissement de l'EHPAD et de l'USLD

Correspondances avec l'évaluation externe :

- AXE 1 : Admission – Droits et libertés
- AXE 3 : Restauration – Hôtellerie – Logistique
- AXE 7 : Réflexion éthique

POINTS A AMELIORER (Bilan convention tripartite de 2009 + évaluations internes et externes) A REDEFINIR ET VALIDER LE 9/03	AXES STRATEGIQUES / AXES DE TRAVAIL A REDEFINIR ET VALIDER LE 9/03	PILOTE + composition groupe de travail A DEFINIR LE 9/03
<p>Projet architectural</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fiche de présentation du projet ➢ Des locaux inadaptés à l'accueil et à l'accompagnement de personnes âgées dépendantes : le bâtiment [REDACTED] est une structure hospitalière. Les espaces communs sont largement insuffisants. Les espaces de convivialité sont inexistants. ➢ Une offre d'accueil ne répondant plus aux besoins de la population actuelle et future vieillissante : <ul style="list-style-type: none"> - Patients déments et déambulants perturbateurs - Patients atteints de la pathologie d'Alzheimer ou apparentée ➢ Le projet architectural a été relancé au 1^{er} semestre 2015. Un appel à candidature pour la réalisation d'une étude de faisabilité et d'un programme a été lancé le 30 juin. Le Cabinet [REDACTED] a été retenu. ➢ Etude de faisabilité finalisée en mai 2016 <p>Admission – Accueil – Liberté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Améliorer les conditions d'accueil des résidents par : <ul style="list-style-type: none"> - la construction a minima d'un bâtiment permettant de reloger les 50 résidents actuellement hébergés dans le bâtiment [REDACTED], - la réhabilitation du bâtiment [REDACTED] ➢ Améliorer les conditions d'accompagnement et de prise en charge des résidents ayant des troubles cognitifs et/ou des pathologies de type Alzheimer par une diversification des modalités d'accueil (Unité d'Hébergement Renforcé, Unités de Vie Protégées, Pôle d'Accueil et de Soins Adaptés...) ➢ Proposer une offre d'accueil répondant aux besoins de la population [REDACTED] et réfléchir à une offre d'accueil temporaire et d'accueil de jour. <p>Fiche action n°1 annexée à la Convention tripartite</p>	[REDACTED]

Annexe n°16 : courrier de validation du PAI



Direction de l'Autonomie
Service émetteur :
Département Parcours PH
Affaire suivie par :

[Redacted]

2019. 03700 / DA

[Redacted] 22 juillet 2019

FHPAI
[Redacted]

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du plan d'aide à l'investissement 2019 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées, vous avez sollicité auprès de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) une demande d'aide à l'investissement pour de la construction et de la réhabilitation.

L'ARS a réalisé une analyse de votre dossier d'investissement, qui a consisté en un contrôle de cohérence et de conformité aux règles d'éligibilité posées par la loi et le règlement et aux critères de priorisation validés par le Conseil de la CNSA et précisés dans l'instruction technique du 6 juin 2019.

J'ai le plaisir de vous informer qu'une aide à l'investissement de 1 000 000 € vous a été octroyée sur la base d'un taux de financement de 5% appliqué à la dépense subventionnable qui s'élève à 20 571 495 €.

Ce présent courrier, valant décision attributive d'aide à l'investissement, vous permet d'engager les travaux.

En conséquence, je vous remercie de me faire parvenir pour le 31 juillet 2019, délai de rigueur :

- le tableau prévisionnel d'exécution du programme, assorti des échéanciers de travaux ;
- un relevé d'identité bancaire (RIB) original ou une copie certifiée conforme par la trésorerie.

Une version dématérialisée de la convention attributive de subvention vous sera adressée prochainement. Il conviendra de la retourner sous la même forme après relecture et complétude dans un délai de 15 jours. Après validation par notre service, vous devrez nous la renvoyer en deux exemplaires originaux sur support papier, signés et tamponnés à l'adresse suivante : ARS - [Redacted] Direction de l'Autonomie - [Redacted]

Cette aide à l'investissement devra être traitée comptablement comme une subvention d'investissement à caractère transférable en vue d'atténuer l'impact de l'opération d'investissement sur les tarifs. Ainsi, la charge d'amortissement induite par la partie de l'opération d'investissement financée par une aide CNSA sera intégralement compensée par la reprise annuelle d'une quote-part de l'aide à l'investissement.

Dans le cadre du suivi PAI, je vous saurais gré de bien vouloir informer la Délégation Territoriale de la Mame, de tout décalage du calendrier prévisionnel des travaux qui devront tel que le précise l'article 5 de la convention, démarrer dans un délai de 12 mois à compter de la signature de celle-ci qui vous parviendra dans un second temps.

Pour le Directeur Général de [Redacted]
Et par délégation,

[Redacted]
[Redacted]

**Annexe n°17 : compte-rendu d'une rencontre avec le maire de la ville
d'implantation de l'EHPAD**

<p>[REDACTED] [REDACTED]</p>	<p align="center">Rencontre avec [REDACTED] Maire de [REDACTED]</p>
<p>Date : 16.03.2015 – 11h</p>	<p>Présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] Maire de [REDACTED] - [REDACTED] Directeur de cabinet [REDACTED] - [REDACTED] Vice-Présidente [REDACTED] - [REDACTED] Directrice Générale des services - [REDACTED] Adjoint au DGS en charge des Personnes Agées - [REDACTED] DA CH [REDACTED]
<p>Objet : Prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées</p>	
<p>Points abordés – Décisions</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Départ de l'armée et CRDS</u> [REDACTED] a bénéficié d'un contrat de redynamisation de site de défense (CRSD – environ 30M€) dont l'objectif est de compenser les effets négatifs du départ de l'armée, notamment sur l'emploi. Ce CRDS doit être signé fin août – début septembre. Il est donc nécessaire de définir les axes stratégiques d'un projet global de développement. - [REDACTED] fait remonter au Maire que la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées est aujourd'hui défailante : <ul style="list-style-type: none"> ✓ les actions de prévention et de dépistage sont soit inexistantes, soit méconnues (consultation mémoire du CH). ✓ La filière gériatrique n'est pas suffisamment construite et donc peu connues : pas de court séjour gériatrique affiché comme tel, pas d'équipe mobile de gériatrie... ✓ les EHPAD accueillent les résidents Alzheimer mais n'ont pas de secteurs spécifiques. La prise en charge n'est donc pas optimale. ✓ Il n'existe pas ou peu d'accueil temporaire, d'accueil de jour et de halte répit pour apporter une aide aux aidants familiaux. - Echanges autour du projet architectural du CH pour le secteur EHPAD : construction d'unités pour la prise en charge des résidents Alzheimer (environ 4 unités de 12 à 14 places), UHR, réhabilitation [REDACTED] Mais à ce jour, il s'agit d'une opération à capacité constante, sans réel impact sur l'emploi. - [REDACTED] rappelle que le financement via le CRDS doit répondre à 2 critères principaux : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Financement via le CRDS ne peut se substituer aux financeurs de droit commun (ex : CNSA dans le cadre du PAI). Il ne peut s'agir que d'un complément. ✓ Le projet doit avoir un impact positif sur l'emploi. Il faudra donc élargir la réflexion sur les capacités d'accueil, sur les activités pouvant être développées... ➤ Pour juin, il faut avoir une fiche projet avec un plan financier prévisionnel afin de pouvoir réserver l'enveloppe financière qui pourrait être accordée dans le cadre du CRDS - <u>Echanges sur</u> [REDACTED] : le CCAS est en négociation pour que son immobilier actuellement géré par [REDACTED] soit repris par [REDACTED] ayant déjà en gestion des foyers logements et EHPAD. QUID [REDACTED] 	

Annexe n°18 : guide d'entretien utilisé
Guide d'entretien à destination des agents impliqués dans le projet de
reconstruction

Introduction :

Merci à vous pour votre participation à mon travail de mémoire. Je m'intéresse au projet actuel et l'idée de l'entretien est d'aborder ce projet et tout le processus autour. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il est question d'aborder un tas de choses, de laisser libre cours aux échanges.

Sexe :

Âge :

Fonction :

Ancienneté à l'EHPAD :

Bâtiment :

I. La construction du projet

- 1) **Connaissez-vous le projet ?**
- 2) **Selon vous, pour quelle(s) raison(s) ce projet a-t-il été lancé ?**
- 3) **Vous avez été associé(e) aux premiers travaux sur le projet avec la précédente direction, pouvez-vous me décrire de quelle façon ?**
- 4) **Vous étiez volontaire ?**
- 5) **Qu'est-ce qui vous a poussé à participer à ces réunions ?**
- 6) **Quelles ont été vos propositions à l'époque ? Pouvez-vous les expliciter ?**

II. Le projet actuellement

- 1) **Quelles sont vos attentes par rapport à la nouvelle direction vis-à-vis de votre participation au projet ?**
- 2) **Que souhaiteriez-vous savoir ? Comment souhaitez-vous être impliqué(e) ?**
- 3) **Comment pouvez-vous décrire l'EHPAD aujourd'hui (l'architecture, l'état général, le fonctionnement, la qualité de vie au travail, les relations avec les résidents et les familles...) ?**
- 4) **Donnez-moi 3 points forts et 3 points faibles de l'EHPAD aujourd'hui**

- 5) **Quel est votre ressenti par rapport à ce projet ? Vous paraît-il cohérent, adapté aux besoins du territoire ? Vous paraît-il répondre aux besoins des résidents ?**
- 6) **Selon vous, prend-t-il en compte les conditions de travail ?**
- 7) **Savez-vous ce qu'est une UHR ? savez-vous ce qu'est un PASA ? Pensez-vous que ces deux projets sont réalisables ? Sont-ils nécessaires pour vous ?**
- 8) **Auriez-vous imaginé autre chose à la place ?**
- 9) **Quelle(s) proposition(s) d'amélioration pourriez-vous émettre ?**

III. Votre positionnement par rapport à vos collègues

- 1) **Êtes-vous reconnu(e) par vos collègues comme un membre de l'équipe projet ?**
- 2) **Comment qualifieriez-vous votre rôle vis-à-vis de vos collègues ?**
- 3) **Vous posent ils des questions sur le projet ? Si oui, pouvez-vous m'en dire un peu plus ?**
- 4) **Comment communiquez-vous avec vos collègues à ce sujet ?**

Merci pour votre participation.

Heure de fin de l'entretien :

Annexe n°19 : retranscription d'un entretien avec un professionnel
Guide d'entretien à destination des agents impliqués dans le projet de reconstruction

L'entretien débute à 14 heures.

Sexe : Féminin
Âge : 45 ans
Fonction : ASH
Ancienneté à l'EHPAD : entrée en 2004
Bâtiment : Le V depuis 2004

IV. La construction du projet

7) Connaissez-vous le projet à l'heure actuelle ?

X : Oui.

8) Selon vous, pour quelle(s) raison(s) ce projet a-t-il été lancé ?

X : Ce que moi je pense ?

Moi : oui oui

X : l'unité Alzheimer, il fallait construire quelque chose, parce qu'on en a de plus en plus. Au début il n'y en avait que quelques-uns dans les services mais maintenant la majorité est Alzheimer et de plus en plus tôt. Au niveau de la sécurité des résidents aussi, on essaie de faire des choses à côté, elle n'est pas conçue du tout la maison pour des personnes qui déambulent et qui se sauvent. La preuve dimanche j'ai vu une dame rue...elle a fait tout le tout de l'EHPAD en déambulateur.

Moi : comment vous vous êtes rendue compte que cette personne...

X : en sortant en voiture, j'ai appelé mes collègues pour qu'elles aillent la chercher.

Moi : du coup c'est peut-être naïf mais je demande de quelle façon elle a réussi à sortir.

X : et bien bonne question, on n'a pas compris. Parce que nous, la seule porte coupe-feu non bloquée est celle à l'entrée des métiers et sinon la grande porte, la première était ouverte. Est-ce que l'autre peut s'ouvrir ?

Moi : oui il me semble que si la première n'est pas bloquée, la deuxième s'ouvre.

X : donc celle de l'intérieur étant ouverte, elle est sortie. Il faut penser aussi aux gens lucides, c'est bien aussi qu'ils soient séparés. Nous en tant que soignant, pour eux il faut comprendre qu'une personne qui entra dans la chambre ça ne plaît pas toujours. C'est chez eux, il faut qu'ils soient séparés.

Moi : donc pour comprendre, actuellement ils sont mélangés.

X : mais bien-sûr, oui.

Moi : vous allez me dire ce que vous en pensez mais peut-être aussi par rapport à la vétusté des locaux, l'image...

X : oh oui, au niveau des locaux, même pour eux, c'est délabré maintenant.

Moi : c'est fort comme mot

X : oui c'est fort mais quand vous voyez les salles de bain, au niveau de la douche ça se casse la figure.

Moi : j'ai vu des champignons.

X : c'est ça.

Moi : déjà en 2004 quand vous êtes arrivée vous le perceviez comment à l'époque ?

X : en 2004, je trouvais que ça se dégrade. Ça faisait déjà vieux, ils ont essayé d'améliorer avec du nouveau mobilier, des tables de salon et de salle à manger, des fauteuils, ils ont essayé de faire des travaux à chaque sortie dans les chambres, c'est bien mais quand on voit la plomberie, les douches qui remontentOn ne peut rien faire là, c'est trop gros.

Moi : je rebondis sur vos propos mais vous entendez l'image extérieure de l'établissement.

X : maintenant moins, mais avant le V était pas bien considéré mais maintenant non. Les gens voient avec la page facebook de l'hôpital ce qui se passe, tout ce qui se fait sur le groupe. Ils voient par rapport à l'animation, avant ça n'existait pas. Ils voient qu'il y a eu des efforts, je pense hein. Il y a plus de personnels, il n'y avait pas de psychologue avant, pas d'animatrices, au niveau de la Direction, avant il n'y avait pas de directrice. C'était le Directeur de l'hôpital. On voit que ça s'est amélioré.

Moi : pour ces retours, vous aviez des termes ?

X : déjà pour le personnel qui arrivait ici le retour c'est « la punition ». Maintenant je ne sais pas, je n'entends pas ce qui se passe à l'extérieur du V. Avant c'était « pourquoi tu es venue là, qu'est-ce que tu as fait ? » Ça peut-être un choix aussi de venir ici non.

Moi : et vous c'était un choix ?

X : au début moi non parce que j'étais en médecine. J'ai pris un congé parental et il fallait que je rentre le 1er juin, c'était soit le V soit autre chose. Au départ la Direction m'a dit « ne vous inquiétez pas c'est pour un mois » et au final (rires) je n'ai jamais fait ma lettre de mutation. Je m'y suis plu. J'aime les personnes âgées, je venais ici faire mes stages quand j'avais 15 ans en BEP. C'était ma destinée on va dire.

Moi : du coup c'est vraiment le fait d'aimer la personne âgée qui vous a poussée à rester ici, ce n'est pas forcément l'ambiance de travail, le milieu...

X : alors là pas du tout parce qu'au niveau ASH, on a quand même beaucoup plus de boulot ici que dans les services. On ne peut pas comparer. Ici on a la restauration et le ménage, c'est speed. C'est pas ça du tout qui ma fait rester là.

Moi : c'est vraiment le contact...

X : c'est vraiment le contact avec les personnes âgées et ils nous le rendent.

Moi : pourtant certains sont difficiles en termes de caractère.

X : oui mais ils sont pardonnés, c'est moi qui parle comme ça, car ils ont la maladie. En gastro j'avais des alcooliques et ils fouettaient avec la perfusion. Ici ce n'est pas leur faute, ils sont malades et fragiles.

Moi : après il y a certainement des résidents qui ont toute leur tête et qui ne sont pas sympathiques, il doit y en avoir qui sont compliqués.

X : C'est à nous d'essayer que ça passe. Ils vont passer des années ici. On ne peut pas dire que l'on est leur famille mais ils ont des liens avec nous. C'est à nous d'essayer. En général ça passe. Tout le monde n'a pas la chance d'avoir une famille. Il y a des gens malheureux.

Moi : d'ailleurs par rapport à ce que l'on peut voir dans les dossiers, il y a beaucoup de personnes ici défavorisées et peu accompagnées. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

X : Ah oui, après moi, je me suis toujours dit je ne veux pas juger on ne sait pas ce qui s'est passé dans leur vie. On ne peut pas dire que l'on ne voit jamais les enfants. Ça ne nous regarde pas. Par contre les voir seuls à Noël moi j'ai les boules. Je trouve qu'ils sortent de moins en moins, au début où je suis arrivée il y en avait une dizaine qui sortait, maintenant deux, trois.

Moi : par rapport à leurs pathologies ?

X : Je ne sais pas pourquoi, je ne peux pas vous dire, je constate simplement c'est qu'il y en a de moins en moins qui sortent dans les familles à Noël. Avant il y avait même les repas accompagnants, maintenant il n'y en a plus.

Moi : les repas accompagnants, c'est le proche qui peut venir le jour de Noël venir manger ici.

X : n'importe quel jour. Il faut toujours être prévu avant mais c'est vrai qu'on en voit plus.

Moi : même hors contexte COVID ?

X : Non ça fait quelques années. A part Monsieur T qui allait en chambre d'hôte quelques jours.

Moi : là est ce qu'il va revenir ?

X : ça va lui faire un choc

Moi : il n'est pas venu en visites ?

X : il n'habite pas ici.

Moi : la chambre d'hôte, je me note d'ailleurs de m'interroger sur les travaux et de savoir s'il y en aura encore une après.

X : ça serait bien et avec une douche, les pauvres n'ont même pas de douche.

9) Vous avez été associé(e) aux premiers travaux sur le projet avec la précédente direction, pouvez-vous me décrire de quelle façon ?

X : oui.

Moi : c'était une ou plusieurs réunions ?

X : on en a eu trois réunions mais j'en fais qu'une. Ça ne nous a pas servi à grand-chose, on ne nous écoutait pas. Tout ce que l'on disait on entendait.... ça a été fait autrement.

Moi : vous avez un exemple concret

X : on en a parlé ensemble à la dernière réunion, vous vous souvenez ? On a évoqué les WC communs, pour nous c'était très important, et bien non ça devait être dans les chambres.

Moi : c'était les WC près des salles à manger, c'est ça ?

X : vous imaginez ramener les résidents à chaque fois en chambre alors qu'ils sont au petit salon, on ne va pas les embêter à les ramener en chambre. Il y en a beaucoup de salons ?

Moi : dans chaque unité il y a forcément un petit salon. Dans les petites unités, il y en a un seul, dans l'unité d'EHPAD classique plus importante il y a en a deux...

X : voilà c'est là où c'est bien pour ne pas les embêter à les emmener de nouveau en chambre. Après nous on n'était pas pour la salle à manger commune à l'étage, on trouvait que ça faisait trop de monde, que ça faisait cantine. Ça va faire combien ? 75 ?

Moi : oui c'est ça.

X : on sait que c'est validé mais il faut trouver une solution après. Que ça ne fasse pas cantine.

Moi : après je dirai c'est aussi par rapport à la manière dont ça va être aménagé. Je ne vous cache pas que là...d'ailleurs à la prochaine réunion on pourra présenter le travail de l'architecte d'intérieur sur ce qu'il propose pour le mobilier et l'aménagement. Et justement, sa première proposition a été refusée car cela faisait vraiment table rectangulaire type cantine. Il retravaille donc dessus pour proposer des tables rondes, des tables rectangulaires, des coins plus chaleureux...

X : que ça soit gai.

Moi : ça veut dire quoi du coup être gai ?

X : Que ça soit gai, pas triste comme chez nous. Le mobilier est triste (elle montre la table et rigole). Ça a combien d'années, il y a du mobilier qui est de 88 quand même. Et avec des couleurs, des décorations aussi, les petits tableaux viennent de dons des familles, on n'a même pas de décorations. Des pots de fleurs...il faut qu'ils se sentent comme chez eux. Ils aiment bien les bibelots les personnes âgées. Il y a tellement de choses à faire.

Moi : après tout ça est prévu, c'est réfléchi, c'est évoqué avec l'animation, on essaye de répondre à un appel à projet culture et santé pour faire un projet photos de valorisation des personnes âgées.

X : moi j'ai espoir quand même avec ce projet, j'espère ne pas être déçue et tomber.

Moi : après ce ne sera pas parfait mais....

X : Ça ne peut être que mieux (rires). Rien qu'un truc, rien qu'au petit salon, pour les personnes qui ont besoin d'aide, ils sont dans les fauteuils et que font-ils de leur journée ? on en parlait ce week-end, on se demandait. Pourquoi il n'y aurait pas...ils aiment bien toucher, pourquoi pas des gros légos, ils ont besoin de faire quelque chose de leurs mains. La seule chose que l'on a ce sont des revues à leur donner.

Moi : et ça même avec l'animation, ils n'ont pas tout ça ?

X : après ce sont leurs affaires à eux ils ne vont pas les mettre dans les services.

Moi : ça mériterait de voir à ça quand même. Après peut être que je m'avance, ils ont quand même beaucoup d'équipements et peut-être qu'ils ont des choses qui pourraient être à disposition dans les services.

X : je sais qu'il ne faut pas les infantiliser, vous mettez de la dinette, des légos, il y en a certain qui ont besoin de jouer. Pas tous.

Moi : je pense que là vous parlez de personnes avec des troubles.

X : bien-sûr. Ils se lèvent un peu et on a peur qu'ils tombent du coup on leur dit « Monsieur restez assis ». Quelle vie !

Moi : après c'est dans cette idée mais Madame S il me semble était sur cette idée de faire un parcours sensoriel comme en UVP ou UHR qu'ils peuvent toucher.

X : On en a eu un, un grand panneau, mais ils l'ont mis dans le grand salon au milieu de la grande aile, dans le grand salon où personne n'y va. Oui c'est plein d'objets qui sont accrochés avec des matières différentes pour toucher.

Moi : oui c'est ça et vous connaissez la raison pour laquelle ça a été accroché là ?

X : Je ne sais pas pk là.

Moi : vous savez où il se trouve actuellement.

X : On ne l'a plus. Il faut que je regarde.

Moi : on discutait donc du projet et des réunions et au final vous avez évoqué l'absence d'écoute. Mais ça se passait comment ces réunions ?

X : alors, il y avait la Directrice, les cadres, quelque personnels, les architectes et ils avaient montré les grands plans et ce que l'on suggérerait. Nous on disait par exemple que ça serait mieux comme ça. Et normalement on pensait qu'ils retiendraient ça et à la deuxième réunion et bien ce n'était plus du tout ça. Les plans avaient changé. Bon.

Moi : sans forcément que l'on retrouve ce que vous avez proposé. Ça avait changé mais sans prendre en compte vos demandes, c'est ça ?

X : (hoche la tête pour dire non).

10) Vous étiez volontaire pour ces réunions ?

X : oui, oui

11) Qu'est-ce qui vous a poussé à participer à ces réunions ?

X : ben savoir ce qui allait se passer ici, quand même que je sois au courant, j'aime bien savoir. C'est sûr, au début ça fait peur, on se dit comment ça va se dérouler. Je voulais savoir ce qui va se passer.

Moi : est-ce que ça a répondu à vos craintes ?

X : je suis soulagée pour l'instant. Le seul point c'est au niveau du personnel, là par contre on se demande comment ça va se passer, chaque service ne travaille pas pareil, on va être mélangé. On ne travaille pas du tout pareil. Ça va être dur.

Moi : et ça...l'idée est quand même d'harmoniser mais il est clair qu'il n'y aura pas exactement les mêmes pratiques entre l'UVP et l'EHPAD classique. Il y aura des petites différences mais il faudra in fine se retrouver un maximum.

X : c'est ça, le problème est que je suis des M et on essaye de garder leur autonomie. c'est comme ça, on essaye de le faire comme ça. Pendant l'isolement en chambre, mon quartier a été le seul à ne pas mettre couché. E n'est pas pareil partout. On n'a jamais de plateaux, sauf quand ils sont malades. On n'a pas une échelle de 15 plateaux. Les autres quartiers sont contre nous.

Moi : c'est fort de dire que les autres quartiers sont contre vous.

X : ils nous appellent le service de « la chaise percée ». Les filles les mettent aux toilettes. Ils ont plus d'autonomie, ça les stimule.

Moi : du coup lorsqu'il faut dépanner entre quartiers...

X : ils font comme nous on fait et nous on fait comme eux ils font. S'ils viennent chez nous ils se plient à nos pratiques et dans l'autre sens. Même au niveau ASH on ne travaille pas pareil.

Moi : ça va...

X : c'est ça qui fait peur. Tout le reste non, c'est très bien, il faut que ça évolue.

Moi : et c'est un travail qui va commencer plus tôt que vous ne le pensez. Il faut déjà réfléchir à qui a envie d'aller travailler en UVP par exemple et qui ne le veut pas. Dès début 2022 ce sera lancé.

X : il y aura des tensions.

Moi : peut-être voir à comment engager une réflexion commune pour aller dans le même sens et se dire ce que l'on souhaite pour le résident.

X : est-ce que tout le monde pense comme ça...

V. Le projet actuellement

12) Quelles sont vos attentes par rapport à la nouvelle direction vis-à-vis de votre participation au projet ? Le projet est en cours et avez-vous des attentes ?

X : Ben déjà, ça se fait. J'espère que la nouvelle direction va nous mettre un peu plus en avant au niveau de ce qu'on a besoin pour travailler, mobilier par exemple. Nous on est dans la pratique. J'ai l'impression que Madame P nous écoute. Je ne peux pas en dire plus. C'est un avantage. Nous mettre au courant de l'évolution des travaux de tout ce qui se passe, on est au boulot, on est dans le service. On le voit ici que les ouvriers sont plus à l'intérieur maintenant. Ils sont plus à l'intérieur.

Moi : oui en effet. D'ailleurs avez-vous vu la borne au niveau de la salle des fêtes qui diffuse les vidéos de l'avancée des travaux disponible aussi pour les familles. Je vais faire une nouvelle vidéo prochainement. Ce sont des choses que l'on pourra présenter à la prochaine réunion. Pour information, ils ont posé une première couche de peinture dans les chambres. Les vidéos sont aussi sur la page « Facebook » de l'établissement ainsi que sur l'intranet de l'établissement. La réunion sera l'occasion d'échanger ensemble.

X : il y a du monde qui vient aux réunions ?

Moi : non malheureusement. Le problème est aussi lié aux disponibilités.

X : les gens disent qu'ils ne sont au courant de rien mais s'ils ne viennent pas ils ne peuvent pas être au courant.

Moi : c'est pour ça que je diffuse un compte-rendu à chaque fois pour tenir au courant. J'espère qu'il y aura plus de monde.

X : il faudrait que Madame DC aille chercher les filles. C'est décourageant quand même.

Moi : j'essaye aussi de voir pour fixer une date de visite de chantier pour l'équipe ASH. On pourrait on devrait faire plusieurs assemblées avec tout le monde mais le contexte ne s'y prête pas.

13) Comment pouvez-vous décrire l'EHPAD aujourd'hui (l'architecture, l'état général, le fonctionnement, la qualité de vie au travail, les relations avec les résidents et les familles...) ?

Moi : est-ce que pour vous on peut parler de qualité de vie au travail dans la structure actuelle ?

X : pas du tout. La qualité du travail ici (soupir).

Moi : par rapport à...

X : déjà au niveau ASH allez faire du propre avec ce qui est déjà sale parce que c'est vieux.

Moi : honnêtement, toutes les fois où nous venons avec Madame P, on voit bien que c'est propre mais ce n'est pas neuf c'est certain.

X : c'est ça. Vous n'avez pas l'impression de faire du bon travail, vous faites la chambre à fond mais il y a tous les défauts à côté. Ce n'est pas neuf.

Moi : oui je vois

X : ce n'est pas nickel. Quand vous voyez l'office....

Moi : déjà ça ça vous pèse et j'ai noté que vous n'avez pas le sentiment de faire du bon travail. Et du côté du matériel...

X : alors le matériel, le lave-vaisselle, voilà et plus du tout de la même façon.

Moi : c'est-à-dire ?

X : comme les ergos en parlent, il n'est pas pratique, pas à la même hauteur et pour porter les paniers c'est compliqué. Il faudrait comme dans les selfs, un truc qui glisse pour ne plus porter des paniers avec une vingtaine d'assiettes. On nous a déjà dit faut en mettre moins, mais on n'a pas le temps, on a les épaules déglinguées. Ces laves vaisselles là c'est bien pour les petits services, les services pour quatorze résidents et en plus le dimanche c'est l'apéritif, ce n'est pas pratique, il y a beaucoup de vaisselles. En plus il y a de l'eau qui stagne et du coup la vaisselle sera sale si on ne les rince pas avant.

Moi : c'est peut-être le modèle de lave-vaisselle qui fait ça.

X : le reste ça a été changé. La chambre froide dans l'office....

Moi : des laves vaisselles neuf sont commandés notamment des gros modèles pour des unités plus grosses en mode tunnel de lavage. Le principe de glisser les paniers est pensé. On est venu tout étudier et on a réfléchi à tout ça. Le matériel est donc un point faible. Je me posais aussi la question des relations avec les résidents dans l'architecture actuelle. Est que ça joue sur le relationnel ?

X : alors là ça ne va pas être les locaux, c'est le COVID. C'est de la façon dont ils ont été enfermés dans leur chambre, ils n'avaient plus de patiences. Nous, on était de plus en plus fatigué et eux ils le sentent. Ils ne sont pas bien et ils sont énervés. C'était dur, c'était horrible. Au niveau des lieux, ce qui est dommage, ce sont les parcs qui peuvent être très beaux et qui n'ont jamais été entretenus.

Moi : vous parlez des patios ?

X : même le parc autour du Village, on pourrait faire plein de choses.

Moi : c'est exactement ce que m'a dit Madame G ce matin.

X : rien qu'aux M, au milieu c'était que des cailloux avant et là ce n'est que de l'herbe et nous on faisait des barbecues pour nos résidents. Maintenant, on ne peut plus. Même ici la fontaine était mise en route tous les ans.

Moi : que le faisait ça ?

X : les jardiniers du CH le faisaient, il y en a moins maintenant. On croirait une forêt vierge. Là c'est trop tard. Ça va être bien dans la reconstruction.

Moi : donc c'est vraiment le COVID...on a abordé la vieillesse des bâtiments et de l'impact sur le travail. Et sinon avec les familles, avez-vous des remarques particulières ?

X : on ne les voit plus les familles. Il y a même des familles que l'on ne connaît pas avec les entrées. On avait certaines familles que l'on voyait.

Moi : et hors COVID vous aviez avant....

X : ils n'ont jamais vraiment parlé de l'état en général des locaux. Ils parlent plus de la chambre, du linge, de leur mère, de leur père....

14) Donnez-moi 3 points forts et points faibles de l'EHPAD aujourd'hui

X : le point fort c'est d'être avec le Centre Hospitalier...s'il y a besoin d'une radio, d'une hospitalisation c'est tout prêt. C'est rassurant s'il y a une urgence.

(Silence)

X : il n'y en a pas beaucoup. Euh si il y a aussi le prix de l'établissement, faut le dire quand même. Quand on voit comment c'est cher.

X : le point faible, très très faible pour moi c'est la nourriture, c'est très très faible pour moi. Si c'était possible un cuisinier. Ils le disent tous. Même cuisine qu'au Centre Hospitalier. Ce serait bien d'améliorer les repas. On

a plus de réunions avec le GIP, est-ce à cause du COVID ? Mais on trouve que les repas ont changé et en moins bien.

Moi : c'est dans les objectifs de relancer les commissions menus. Vous en faites partie si j'ai bien compris.

X : je fais partie de la commission menus.

Moi : et y a-t-il des usagers qui participent ?

X : on avait une dame mais qui est décédée et le Monsieur ne pourra plus. Par contre on pourrait le faire avec des nouveaux, il faut leur demander leurs avis.

Moi : on organise les élections au CVS au 30 juin. Bon ok pour les points forts et les points faibles.

15) Quel est votre ressenti par rapport à ce projet ? Vous paraît-il cohérent, adapté aux besoins du territoire ? Vous paraît-il répondre aux besoins des résidents ?

X : oui, j'espère. Au contraire ça fait longtemps qu'on le dit qu'il faut les séparer je n'aime pas dire ça. Oui pour le bien de tous. Celui qui est déambulante il se fait repousser par les autres.

Moi : et par rapport aux besoins du territoire, vous pensez que ça y répond.

X : je pense parce que Alzheimer, ils vont construire une unité.... Ah c'est un village mais on n'en a pas du tout. Je trouve que ça n'évolue pas vite, on est au ralenti, je parle au niveau national.

Moi : le village Alzheimer, quelque part ça va être pour les gens au début des pathologies. Ce sera clos mais les gens auront le sentiment d'être dans un village. Cependant à un certain stade ce ne sera plus adapté pour eux. Et dans la logique du territoire c'est ici que l'on prendra le relais. Pour le moment ce village n'est pas encore construit.

16) Selon vous, prend-t-il en compte les conditions de travail ?

X : je ne sais pas ça. Un point d'interrogation, je vais voir comment ça va se dérouler et si vraiment ça ne me plaît plus, je vais demander à retourner à l'hôpital. Je ne veux pas travailler dans des conditions que je n'accepte pas. Ça dépendra des collègues comment elles sont si elles ont la même mentalité que moi, sinon je préfère partir.

Moi : là c'est vraiment axé sur la manière de travailler et par rapport au bâti en lui-même.

X : non pas pour le bâti.

17) Savez-vous ce qu'est une UHR ? savez-vous ce qu'est un PASA ? Pensez-vous que ces deux projets sont réalisables ? Sont-ils nécessaires pour vous ?

X : (essaye de dire ce que c'est) C'est pour ceux qui sont atteints de la maladie Alzheimer mais profond.

Moi : par profond, c'est plus ceux qui sont violents envers eux-mêmes et les autres. Vous l'entendez comme ça ?

X : oui

Moi : et le PASA ?

X : alors le PASA c'est comme un petit salon et une cuisine, ils vont être avec les animatrices pour faire une journée.

Moi : alors ce n'est pas avec les animatrices, ce sont les agents de l'unité qui encadrent, animent et accompagnent.

X : du matin au soir ils sont donc avec les mêmes résidents.

Moi : ça dépend des profils, certains seront là sur une demi-journée par exemple. Pour d'autres, la journée complète sera plus adaptée. Il faut aimer et être patient.

X : ce sont les filles qui seront formées.

Moi : elles auront des formations en effet. Mais ce ne seront que des filles formées dans l'idéal qui interviendront dans ces unités.

X : il y a une collègue que je verrai bien là-dedans.

Moi : pour certains ça leur correspond bien. Il faut qu'elle ait l'envie.

18) Auriez-vous imaginé autre chose à la place ?

X : Vous allez dire que je suis encore avec ça. Pendant un moment on faisait le manger mains, il n'était pas terrible ici mais je trouve que c'est pas mal dans l'idée et c'est bête que l'on essaye pas de pousser un peu plus.

Moi : c'était industriel je pense avec le GIP. C'est noté ainsi que le Noctambule et la reprise de la médiation animale.

X : la médiation animale c'était bien. Ce qui est bien aussi c'est mais je ne sais pas le nom.....j'ai une collègue qui le faisait et quand elle venait, ils étaient méconnaissables, détendus.

Moi : vous parlez du Snoezelen.

X : c'est à cause du COVID qu'elle a stoppé.

Moi : il faut en effet dégager du temps pour le faire. C'est dans les projets également.

19) Quelle(s) proposition(s) d'amélioration pourriez-vous émettre ?

X : ça va être trop tard mais au niveau des volets électriques, ce qui est bien c'est quand il y a deux gros boutons, un gros bouton bleu et rouge, à la place des petits boutons qu'ils ne voient pas.

Moi : vous avez raison de dire que c'est trop tard.

X : tiens c'est bête.

Aussi des lumières qui s'allument toutes seules dans les WC et dans la chambre.
La petite veilleuse est toujours allumée ?

VI. Votre positionnement par rapport à vos collègues

20) Êtes-vous reconnu(e) par vos collègues comme un membre de l'équipe projet ?

X : oui aux M.

Moi : et ça s'exprime de quelle façon.

X : après la réunion, tout de suite on est arrivé, elles ont eu envie de tout savoir. Vous allez dire que j'ai mauvais caractère mais je me dis que je ne le dirai qu'à mon quartier. On leur dit tout ce qui se passe.

Moi : ont-elles fait part de beaucoup de peurs et de questions ?

X : pour l'instant non. Elles parlent beaucoup de notre organisation c'est normal. On verra plus tard. Tout de suite elles parlent du personnel. On sait que ça va être fait mais on a peur du résultat.

21) Comment communiquez-vous avec vos collègues à ce sujet ?

X : oralement pour la communication.

Moi : je vous remercie pour votre participation.

Fin de l'entretien à 15h23.

Annexe n°20 : questionnaire dispensé aux professionnels

Questionnaire à destination des personnels de l'EHPAD : projet architectural

Introduction :

Les visites du chantier sont l'occasion de vous interroger sur votre vision de l'établissement et ses perspectives d'avenir selon vous. Ce questionnaire est anonyme et ne sera en aucun cas diffusé.

Fiche signalétique :

- 1) Sexe**
 Masculin Féminin
- 2) Âge**
 Moins de 25 ans De 25 à 45 ans
 Plus de 45 ans
- 3) Profession**
 Profession soignante (infirmière, aide-soignante, aide-médico psychologique, psychologue, ash...)
 Profession intermédiaire (membre de l'équipe d'animation, membre de l'équipe administrative, assistante sociale, coiffeuse...)
- 4) Ancienneté dans l'établissement (EHPAD)**
 Moins d'un an De 1 à 10 ans De 10 à 20 ans
 Plus de 20 ans

Votre vision actuelle de l'établissement :

1) Selon vous, quel(s) adjectif(s) caractérisent le mieux l'établissement actuel ?

- Dynamique (selon les activités et les prestations proposées)
- Accessible (en termes de prix)
- Moderne Vieillissant (en termes d'architecture) Accueillant Froid
- Impersonnel Familial Cher Autre(s)

.....

.....

.....

.....

2) Quels sont selon vous les points faibles de l'établissement actuel ?

.....

.....

.....

.....

3) Quels sont au contraire ses points forts ?

.....
.....
.....
.....

Votre point de vue sur l'évolution des prestations :

4) Connaissez-vous l'hébergement temporaire d'urgence ?

Oui Non

5) Savez-vous que l'établissement dispose de deux places d'hébergement temporaire d'urgence ?

Oui Non

6) Pensez-vous que l'hébergement temporaire réponde à un besoin et qu'il convient de le développer dans l'établissement ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?.....
.....
.....

7) Pensez-vous qu'il soit nécessaire de proposer dans l'établissement des prises en charge spécifiques (type UVP par exemple) pour les résidents avec des maladies neurodégénératives (Alzheimer et apparentés) ?

Oui Non

8) Connaissez-vous le Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) ?

Si oui, pensez-vous qu'il soit utile d'en développer un dans l'établissement ?

Oui Non Oui Non

Si non, pourquoi ?.....
.....

9) Connaissez-vous l'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) ?

Oui Non

Si oui, pensez-vous qu'il soit utile d'en développer une dans l'établissement ?

Oui Non

Votre point de vue sur le projet d'extension et de réfection de l'établissement :

10) Pour faire suite à la visite du chantier, que pensez-vous du projet d'extension et de réfection ?

.....
.....
.....

.....

11) Ce projet, permet-il de corriger des défauts que vous avez mentionnés dans la question n°2 ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

12) Avez-vous d'autres évolutions/idées/suggestions à proposer dans le cadre de l'extension et de la réfection ?

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation, l'ensemble des réponses donneront lieu à un bref document de synthèse à votre intention.

Cloez

Marie-Amélie

Novembre 2021

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion Gisèle Halimi, 2020-2021

Dynamisation et diversification d'un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier : projet de construction/réfection

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé :

S'interroger sur la façon dont une nouvelle dynamique peut être donnée à un EHPAD rattaché à un CH fait l'objet de ce mémoire. L'analyse des besoins non pourvus à la fois au sein de la structure avec les résidents déjà présents mais également dans le bassin d'implantation en lien avec les partenaires de l'établissement, doit guider cette recherche d'une nouvelle impulsion. Il est notamment question, au travers de l'étude de l'exemple concret d'un établissement, de la manière dont cette dynamique prend corps via un projet architectural combinant construction et rénovation de l'existant.

Il en ressort ainsi que l'une des premières étapes, si ce n'est l'étape majeure, consiste à déterminer le projet stratégique global dans lequel cette construction/rénovation vient s'inscrire. Tout l'enjeu est en effet de ne pas laisser le projet architectural dicter la stratégie mais au contraire de faire en sorte que ces nouveaux locaux permettent de la rendre effective. De même, différentes dimensions du projet global doivent impérativement être travaillées, deux sont ciblées dans le cas présent : les ressources humaines et le financement. Enfin, penser au plus tôt à une feuille de route précise et organiser une communication régulière avec l'ensemble des parties prenantes internes et externes, sont des étapes primordiales à la réussite du projet dans sa globalité

Mots clés :

EHPAD, état des lieux, diversification, communication, stratégie, projet, participation, implication, information, projection, troubles, spécialisation.

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

