



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire et
Social Public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**LE PROJET ARCHITECTURAL, VECTEUR
D'UNE PRISE EN CHARGE EFFICIENTE
DU RESIDENT**

**L'EXEMPLE DE L'EHPAD DU CHS DU
JURA**

Jérôme PERRET

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jacques AUGIER, directeur général du centre hospitalier spécialisé du Jura, et Mademoiselle Monique LYAUDET, maître de stage, de la confiance témoignée lors de mon stage de professionnalisation. Leurs précieux conseils m'ont permis d'enrichir tant mon stage que mon mémoire.

De plus, je tiens à souligner la précieuse collaboration de l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier, et des cadres de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes sans lesquels la réalisation de ce mémoire n'aurait pu avoir lieu.

Enfin, et en dernier lieu, je tiens à remercier tous les personnels de l'EHPAD pour le travail accompli au quotidien pour les résidents et leur implication dans ce projet qui me tient à cœur.

Je tiens à associer à ces remerciements Madame Christine Quélier pour le soutien apporté lors de la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 LA STRUCTURE POUR PERSONNES AGEES DU CHS DU JURA : UNE STRUCTURE A FAIRE EVOLUER POUR REpondre AUX BESOINS EMERGENTS	5
1.1 Un vieillissement avéré de la population.....	5
1.2 L'offre d'hébergement proposé par l'EHPAD du CHS du Jura en réponse aux besoins	7
1.2.1 Une offre atypique.....	7
1.2.2 Une offre d'hébergement importante dans le secteur de l'EHPAD du CHS	8
1.3 Présentation de l'EHPAD du CHS du Jura	8
1.3.1 Historique.....	8
1.3.2 Population accueillie	10
1.3.3 L'architecture des unités.....	11
2 UNE REPONSE ENVISAGEE A UNE DEMANDE AVEREE	15
2.1 Une réponse adaptée aux données épidémiologiques : la création d'une unité pour déments déambulants de type Alzheimer.....	15
2.1.1 Au niveau national	15
2.1.2 Au niveau local.....	16
2.1.3 Au niveau institutionnel.....	17
2.2 Un projet architectural cohérent à déterminer	23
2.2.1 État des lieux	23
2.2.2 Présentation des scénarii.....	26
2.2.3 Montage financier	32
3 L'ADEQUATION DES MOYENS GARANTISSANT UNE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT DE QUALITE	35
3.1 Les moyens humains et logistiques	35
3.1.1 Les moyens humains.....	35
3.1.2 Les moyens logistiques.....	38

3.2	Le volet conception architectural en lien avec le projet de vie et les conditions de travail.....	39
3.2.1	Un volet mûrement réfléchi.....	40
3.2.2	Une analyse architecturale	43
3.2.3	Les espaces intérieurs.....	45
3.2.4	Un impact sur les familles et le personnel	48
3.3	L'accompagnement au changement	49
3.3.1	L'approche sociologique du changement	50
3.3.2	La mise en oeuvre du changement	51
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CHG	Centre Hospitalier Général
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CROSMS	Comité Régionale d'Organisation Sociale et Médico-sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRAC	Direction Régionale des Affaires Culturelles
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
GMP	Gir Moyen Pondéré
HJ	Hôpitaux de Jour
HT	Hors Taxe
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
PAPPP	Personnes Agées à Pathologies Psychiatriques Préexistantes
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PMP	Pathos Moyen Pondéré
SDO	Surface Dans Oeuvre
SHON	Surface Hors Oeuvre Nette
SOCGRAM	Société de Chauffage Combustibles Réparations Mécaniques
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
VNC	Valeur Nette Comptable

Introduction

Un directeur doit, dans le cadre des missions qui lui sont imparties, savoir insuffler la recherche constante du changement en vue d'améliorer à la fois la prise en charge des résidents et les conditions de travail du personnel dans le respect des contraintes budgétaires. A cet effet, il peut être amené à porter des projets de grande envergure telle la réalisation d'un projet architectural. Un tel projet doit permettre une meilleure efficacité de l'organisation et une amélioration de la prise en charge des personnes âgées hébergées. Le directeur impulse la dynamique adéquate qui contribuera à forger un projet optimal et efficace au service du résident et du personnel. « L'architecture n'est pas seulement un art...C'est surtout le cadre, la scène où se déroule notre vie » comme l'énonce Bruno Zevi, architecte du XX^e siècle.

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier Spécialisé du Jura (CHS) d'une capacité de 135 lits se trouve, à l'heure actuelle, réparti dans 4 bâtiments et 3 sites dont l'éloignement géographique entraîne de nombreuses difficultés d'ordre logistique, technique et humaine. Ainsi, une structure de 25 lits située à 25 kilomètres du site principal génère un coût de fonctionnement proportionnellement très important. Une autre unité située dans l'enceinte même du site principal du CHS du Jura est, quant à elle, inadaptée à l'accueil de personnes âgées et démontre de nombreuses carences de confort attendu au XXI^e siècle.

La convention tripartite signée le 31 décembre 2003 entre l'EHPAD du CHS du Jura, le Conseil Général et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Jura prévoit en son article 5, dans le cadre du projet institutionnel, d'étudier la réduction du nombre de sites. L'objet même de ce projet est d'obtenir une taille adaptée des unités qui soit conforme à celle prévue dans le schéma départemental des personnes âgées du Jura et de répondre aux objectifs de qualité des prestations fournies notamment en soins.

Le projet institutionnel de l'EHPAD 2006-2010 (action n° 7) prévoit la réalisation d'une étude de faisabilité dans l'optique de produire un dossier technique et financier d'ici fin 2008. Cette échéance consiste à faire valider par le Conseil d'administration un scénario pouvant déboucher sur un avant projet sommaire et un début de construction en 2013. De même, le rapprochement des unités de l'EHPAD est inscrit dans le schéma directeur immobilier du CHS du Jura pour la période 2008-2012, démontrant ainsi une forte volonté de la direction d'aboutir. Ce dossier a déjà fait l'objet d'une pré-étude en 2006.

Cette problématique institutionnelle consiste à envisager à la fois des hypothèses architecturales de regroupement de ces bâtiments et les incidences financières qui en découlent sur le plan logistique, technique et humain mais également sur la prise en charge des résidents. Le volet conception de soins sera le substrat du cadre de la réorganisation. La conduite du changement dans ce genre de projet est également un point fort à souligner dans les missions du directeur. Les agents attendent de leur dirigeant qu'il donne du sens à leur activité, les orientations et les modalités pour les atteindre. Il faut savoir mobiliser les énergies et animer les équipes. La communication apparaît ici essentielle.

Pour ce faire, il s'agit dans un premier temps d'analyser les différentes options envisageables tant sur le plan architectural que sur le plan de l'optimisation des organisations et des moyens. Dans un second temps, pour chaque hypothèse, d'évaluer les aspects positifs et négatifs, de les analyser dans une approche globale afin d'envisager les implications architecturales sur la qualité en lien avec l'accueil de personnes âgées. Une analyse sur la conduite du changement sera opérée en dernier lieu.

Dans ce contexte, il semble judicieux de se demander dans quelle mesure un projet architectural permet une meilleure efficacité de l'organisation et une amélioration de la prise en charge des personnes âgées hébergées. Les tentatives de réponses à cette interrogation découleront de l'observation de l'exemple de l'EHPAD du CHS du Jura.

Cette interrogation doit amener le directeur à se questionner sur les marges de manœuvre dont il dispose et notamment si des réductions de coût peuvent être envisagées et si oui de quels ordres. La conduite du changement doit également être accompagnée et les impacts sur l'organisation du travail engendrés par un regroupement de sites être exposés auprès des équipes. En effet, il résulte d'une première approche auprès du personnel que l'interrogation demeure forte quant aux raisons de l'étude de ce regroupement. Les personnels ne voient pas l'intérêt de remettre en cause la pérennité de cette « petite » structure située à Montmirey malgré son éloignement géographique du site principal. Au contraire, ils estiment que le fait de se trouver en zone rurale est gage d'une meilleure qualité de vie et ils ne remettent absolument pas en cause leurs pratiques professionnelles. La première étape méthodologique consistera à leur expliquer les raisons qui poussent les autorités de tarification à demander une étude portant sur le regroupement et les rassurer quant à leur devenir.

Toute l'efficacité de ce travail doit se réaliser avec un objectif dominant et présent à l'esprit tout au long de cette démarche, améliorer la qualité de la prise en charge du résident.

Les propositions de réponses nécessitent de travailler de manière transversale avec les différentes directions fonctionnelles de l'hôpital. Pour mener à bien cette étude, une méthodologie basée sur des entretiens individuels avec le directeur général, le directeur adjoint chargé des travaux, le directeur adjoint chargé des ressources humaines, le directeur adjoint chargé des services économiques, le directeur coordonnateur des soins, la cadre supérieure de santé de l'EHPAD, les cadres de santé et une rencontre avec le personnel des unités concernées ont été réalisés. Enfin, une observation générale du fonctionnement des unités m'a permis de m'imprégner des pratiques professionnelles aux fins d'une analyse critique.

L'intérêt professionnel de l'étude d'une telle problématique réside dans la conduite de projet. Il s'agit de savoir porter un projet en harmonie avec les différentes composantes de l'établissement et d'accompagner le changement. Le véritable enjeu est en effet la prise en compte dans la mesure du possible des points de vue des acteurs et l'intégration des différentes composantes des diverses structures à la réalisation du projet. Une telle implication permet d'éviter les blocages institutionnels liés à la peur du changement, qui, peuvent être un véritable frein. Cette crainte, souvent partagée par le personnel, doit être combattue pour aider à la réalisation concrète d'un projet. Se confronter au management du changement est l'un des principes clés du directeur pour faire évoluer sa structure.

La conduite de cette action permet de collaborer avec les différentes directions fonctionnelles et contribue au décloisonnement institutionnel en faisant participer les personnels à un projet d'envergure. Elle permet d'impliquer chacun et de responsabiliser les équipes. Elle permet à l'élève directeur d'avoir une vision transversale de la structure.

1 LA STRUCTURE POUR PERSONNES AGEES DU CHS DU JURA : UNE STRUCTURE A FAIRE EVOLUER POUR REPONDRE AUX BESOINS EMERGENTS

Le département du Jura est confronté à la problématique sociale nationale du vieillissement de la population. Devant cette évolution, le centre hospitalier spécialisé (CHS) du Jura doit s'interroger sur sa capacité à y faire face.

1.1 Un vieillissement avéré de la population

Au niveau national, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va augmenter fortement dans les prochaines années. La part des 60-80 ans devrait augmenter de 22% entre 2005 et 2015 au niveau national avec le vieillissement des générations issues du baby-boom. La part des personnes âgées de plus de 80 ans devrait quant à elle augmenter de près de 35% ce qui constitue un défi majeur pour notre société et les systèmes de prise en charge. Au 1^{er} Janvier 2006, la France compte 20.7% de personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes entre 55 et 75 ans sont environ 10 millions¹.

En Franche Comté, la part de la population âgée de plus de 60 ans est, comme au niveau national en forte augmentation. Elle représentait en 1999, une personne sur cinq en région et atteint une personne sur trois en 2008. Le nombre des plus de 80 ans devrait aussi augmenter fortement. Les plus de 80 ans représentaient 4.4% de la population franc-comtoise en 1999 et devraient atteindre 6.2% en 2015 selon les données issues du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de Franche Comté élaboré en 2007. Si globalement la population franc-comtoise vieillit un peu moins rapidement que la moyenne nationale, de grandes disparités existent en fonction du territoire de santé.

Ainsi, le Jura est, plus que la moyenne nationale et régionale, un département vieillissant qui présente avec dix ans d'avance les caractéristiques de la moyenne nationale et la

¹ Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 [en ligne]. Premier ministre. Portail du gouvernement, 2008 [consulté le 31 mars 2008]. Disponible sur : http://www.premier-ministre.gouv.fr/information/les_dossiers_actualites_19/plan_presidentiel_alzheimer_2008_943/

particularité de perdre des habitants dans les projections réalisées depuis le dernier recensement de la population. Dès 2005, les données démographiques montrent qu'il perd encore de sa population, victime de ce vieillissement et d'un flux migratoire négatif. Ce phénomène est accentué sur le bassin d'emploi de Dole (perte entre 5 et 8% de sa population sur la zone d'emploi). Il est prévu qu'en 2030, 37% de la population du Jura aura au moins 60 ans (1 habitant sur 3 « seulement » pour la région). Dans la région également et dans le Jura en particulier, la part des 75 ans et plus serait multiplié par deux pour atteindre 14% et la moyenne d'âge du département augmenterait de 7 ans.

Répartition de la population par tranche d'âge au 1er janvier 2007

	NOMBRE	
	Franche-Comté	France entière
Moins de 20 ans	286 785	15 775 450
De 20 ans à 59 ans	615 019	33 972 282
60 ans et plus	240 057	12 889 864
Total	1 141 861	62 637 596

Source : Insee, évaluation provisoire basée sur les résultats des recensements de 2004, 2005 et 2006

Bien que le Jura soit mieux équipé que le reste de la France, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Franche-Comté, de leur côté indiquent que, en ce qui concerne les personnes en institution et les besoins en place : « les taux nationaux appliqués en Franche Comté font ressortir qu'en 1990, 4 400 personnes seraient en institution (4 300 lits médicalisés au 01.01.1997) sur les 12 000 personnes dépendantes. En 2015, le nombre de personnes dépendantes pourrait être estimé à près de 18 000 dont environ 6 600 en institution. Toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire sans tenir compte de la baisse des incapacités, il y aurait besoin de plus de 2 000 places supplémentaires à l'horizon de 2015 ».

Ce chiffre, réparti selon le poids démographique du département et en fonction de son indice de vieillissement (pourcentage de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans), aboutit à un besoin de 460 places à l'horizon 2015 pour le Jura. Le schéma départemental du Jura des établissements et services en faveur des personnes âgées sur la période 2004-2008 prévoit la création de 400 places dont 88 dans le secteur dolois.

1.2 L'offre d'hébergement proposé par l'EHPAD du CHS du Jura en réponse aux besoins

De par sa spécificité psychiatrique, le CHS du Jura offre une prise en charge qui s'éloigne plus ou moins de celle offerte par un EHPAD classique. Malgré cette particularité, la situation géographique de cet établissement lui garantit un taux d'activité confortable.

1.2.1 Une offre atypique

L'EHPAD du CHS, selon le projet institutionnel, a pour but de répondre aux besoins des personnes des services du court séjour psychiatrique relevant d'une structure médico-sociale et d'accueillir les personnes dépendantes de son secteur de recrutement pour tenir compte des éléments démographiques précités.

Compte tenu des spécificités de sa filière de recrutement, l'activité du secteur personnes âgées du CHS est marquée durablement. En effet, il convient de noter que le CHS est, pour de nombreux malades dits « chroniques », devenu leur domicile. De ce fait, arrivés à l'âge de 60 ans, on ne peut parler pour eux, qui n'ont connu que l'institution, de « maintien à domicile » mais plutôt de changement d'institution, cette dernière étant adaptée à la durée de leur séjour. En effet, arrivés jeunes à la maison de retraite, leur durée de séjour est beaucoup plus longue que celle des personnes venant de leur domicile qui entrent à un âge beaucoup plus avancé comme nous le verrons.

La filière de recrutement de l'EHPAD pour cette catégorie de population va perdurer puisque le CHS héberge depuis de longues années dans ses services actifs des personnes de plus de 60 ans relevant du secteur médico-social.

Les personnes venant de leur domicile représentent environ 30% des résidents, mais connaissent néanmoins une hausse sur l'exercice écoulé.

1.2.2 Une offre d'hébergement importante dans le secteur de l'EHPAD du CHS

La situation géographique de l'EHPAD du CHS est concernée par l'étude de 2 zones examinées par le schéma départemental, Dole (secteur de Dole, Saint Aubin et Montmirey) et Gendrey/Dampierre (secteur de Montmirey).

Dans un périmètre d'une quarantaine de kilomètres autour des unités de l'EHPAD situées à Dole, des structures jurassiennes ou dans les départements voisins sont susceptibles d'accueillir des personnes âgées. Dans le Jura, il s'agit des deux établissements autonomes publics et privés de Dole même, et des maisons de retraite de Malange, Arbois, Poligny et Salins Les Bains (582 places) ; en Cote d'Or les établissements d'Auxonne, Seurre, Labergement les Seurre, Mirebeau sur Bèze et Saint Jean de Losne et en Haute Saône, le Centre hospitalier de Gray et la maison de retraite de Pesmes. Par ailleurs, la Mutualité a obtenu l'autorisation d'ouvrir 60 lits d'EHPAD à Tavaux, commune voisine de celle de Saint Aubin où est située l'unité des Iris. La commune de Rochefort sur Nenon, commune également voisine de Dole a également obtenue une autorisation pour créer un EHPAD de 60 lits.

1.3 Présentation de l'EHPAD du CHS du Jura

Le projet architectural du CHS doit s'adapter à sa singularité. Il doit donc être construit en référence à son histoire et prendre en compte la population accueillie ainsi que l'architecture des bâtiments existants.

1.3.1 Historique

A l'origine, l'unité des Aberjoux, pierre angulaire du futur EHPAD, était située à Lons-le Saunier et fût érigée le 21 juillet 1899 par décret impérial en Dépôt de mendicité. L'évolution fit que rapidement il devint un Hospice de vieillards (confirmation du Conseil Général en 1900) sous la dénomination d'« Hospice départemental de la Vieillesse et Dépôt de Mendicité du Jura ».

Il fonctionna ainsi durant toute la première moitié du XX^e siècle avant que son transfert sur Dole ne s'opère le 16 décembre 1948 avec l'ouverture de l'hospice des Aberjoux sur le site de Saint-Yllie. Il est occupé à cette période par des personnes âgées et des

personnes handicapées de moins de 60 ans transférées de Montciel (Lons le Saunier). Elles logèrent dans le bâtiment agricole qui servait à héberger les travailleurs de la ferme du CHS.

Ce bâtiment agrandi en 1961 accueille des personnes âgées sous surveillance médicale. Sa capacité est alors de 137 lits mais étant hospice, il était obligatoire de prendre les indigents-sans domicile fixe-, on pouvait atteindre 150 lits occupés. Il s'appelait alors Foyer Départemental de la vieillesse des Aberjoux.

En application de la loi du 30 juin 1975, il a été rattaché officiellement au CHS le 1^{er} janvier 1979 avec la création d'une section forfait de soins d'une capacité de 137 résidents. L'hospice, devient de part son rattachement à l'hôpital, public et placé sous la responsabilité du directeur du CHS. Il fonctionne en budget annexe et le personnel bénéficie du statut hospitalier public.

Au 1^{er} janvier 1983, une section de cure médicale est créée (40 lits). L'hospice est transformé en maison de retraite le 3 février 1984. Le bâtiment ne correspondant plus aux normes de sécurité, le 2^{ème} étage du bâtiment est fermé, la capacité est alors de 100 résidents.

Après rénovation d'un pavillon du CHS, une annexe est ouverte le 17 octobre 1989. D'une capacité de 30 lits, l'unité « Les Mûriers » vient d'être créée.

Ces unités accueillent dès lors des personnes âgées de toutes localités.

En 1995, une nouvelle construction débute pour remplacer l'unité « Les Aberjoux » qui est devenue très vétuste. Cette nouvelle unité accueille 40 résidents et nécessite une troisième construction pour recevoir les résidents restant qui eux ont été transférés dans une unité du CHS « Les Bouleaux » en l'attente de la réalisation du nouveau bâtiment à Saint Aubin.

Le 14 octobre 1996, la maison de retraite est ainsi constituée : 40 résidents aux Aberjoux, 30 aux Mûriers et 32 aux Bouleaux soit un total accueilli de 102 résidents.

Dernier site du futur EHPAD à voir le jour, l'unité des Iris à Saint Aubin ouvre ses portes le 15 décembre 1999 avec une capacité de 40 places.

Enfin, en application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, une unité de long séjour appelée Centre Pierre Brantus (en hommage à un

Conseiller Général du Jura) sise à Montmirey et relevant du CHS, est rattachée à la maison de retraite au 1^{er} mai 2003.

Le 1^{er} janvier 2004, l'EHPAD est créé suite à la signature de la convention tripartite le 31 décembre 2003. L'établissement est médicalisé et a opté pour un budget en dotation globale de soins.

En résumé et à ce jour, l'activité de la structure est située sur trois sites et comprend quatre bâtiments, 40 lits sur la commune de Saint Aubin, 25 lits sur la commune de Montmirey et 70 lits sur le site du Centre Hospitalier Spécialisé à Dole. L'EHPAD a vocation à accueillir les patients de l'ensemble du département du Jura dès lors que ceux-ci ont été pris en charge dans les services du CHS et que celui-ci constitue leur domicile de rattachement et que leur admission a été prononcée dans l'établissement.

1.3.2 Population accueillie

Les résidents de l'EHPAD, pour des raisons historiques liées à la nature de l'activité psychiatrique du CHS, ne sont pas tous âgés de plus de 60 ans. Le secteur personnes âgées comporte 3 personnes de moins de 60 ans. L'âge moyen des résidents entrés en 2007 est le reflet de deux populations admises. Les résidents originaires du CHS entrent plus jeune avec une durée moyenne de séjour de 6.5 ans et un âge moyen de 74 ans. Les personnes âgées dépendantes originaires du Jura pour la plupart du bassin dolois, venant du domicile, dont l'âge d'entrée est de plus de 82 ans avec une durée de séjour de 18 mois.

	Nombre de résidents	Age moyen
Hommes	54	75,94
Femmes	78	80,62
Total	132	78,70

Source : rapport médical 2007 EHPAD CHS du Jura

En 2007, la diminution du nombre de résidents à pathologies psychiatriques préexistantes (66 en 2007 contre 82 en 2004), au profit des personnes âgées dépendantes confirme la mise en œuvre de l'orientation prise par l'établissement de s'intégrer dans son environnement afin d'accueillir les personnes de son bassin de population. Cette orientation impacte sans nul doute le projet architectural et a fait l'objet d'un travail approfondi avec le médecin coordonnateur pour définir le devenir des lits de l'EHPAD à moyen terme. Ce travail validé par le Directeur Général sera précisé ultérieurement.

Juillet 2007	Nombre de lits	PAPPP présents	Moins de 60 ans	60 à 69 ans	70 à 79 ans	Plus de 80 ans
Aberjoux	40	11	0	4	5	2
Mûriers	30	24	0	12	9	3
Iris	40	15	0	4	8	3
P. Brantus	25	16	3	2	7	4
Total	135	66	3	22	29	12
%		50 %	5 %	33 %	44 %	18 %

Source : rapport médical 2007 EHPAD CHS du Jura

1.3.3 L'architecture des unités

L'EHPAD composé de 135 lits, dispose de 69 chambres à 1 lit et 33 chambres à 2 lits répartis de la manière suivante

Sites	Chambres simples	Chambres doubles
Les Aberjoux- Dole	20	10
Les Mûriers- Dole	14	8
Les Iris- Saint Aubin	20	10
Brantus- Montmirey	15	5

L'unité dite « Les Mûriers » est, compte tenu, de sa configuration architecturale (bâtiment à 2 étages) réservée aux résidents valides ayant un passé à pathologie psychiatrique. Elle ne correspond plus à ce qu'il est légitime d'attendre d'un EHPAD au XXI^e siècle, tant au niveau de l'accessibilité qu'au niveau d'un confort optimal. Toutes les chambres sont

situées aux étages, le rez-de-chaussée étant composé d'une salle à manger, d'une salle télévision et de locaux dédiés aux soins.

Chaque site est doté d'un bureau médical, d'une salle d'exams, d'une infirmerie, d'un local à pharmacie avec sécurisation des produits et toxiques.

L'un des objectifs de la convention tripartite signée le 31 décembre 2003 est de réduire le nombre de bâtiments de l'EHPAD (rappel : 4 à l'heure actuelle) pour agir sur les coûts d'exploitation tout en préservant la qualité de la prise en charge. Ici, le transfert de l'unité « les Mûriers » sur une autre structure répond essentiellement à la préservation voire à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Les 135 lits de la structure sont dispersés géographiquement. La priorité retenue est le montage d'un dossier immobilier pour d'une part améliorer la qualité des espaces des lits installés aux Mûriers, qui ne peuvent accueillir que des personnes valides, et d'autre part rapprocher le site de Montmirey, éloigné de 25 kilomètres afin certes, de réduire les coûts d'exploitation, mais également donner satisfaction aux familles qui considèrent que le site est trop excentré par rapport à leur domicile.

Une pré-étude de faisabilité technique réalisée par un bureau d'étude en 2006 m'a servi d'appui à la recherche du site le plus approprié en lien avec les nécessités géographiques et de besoins de prises en charge.

Ce projet étant réalisable à moyen terme, il est à noter que des phases intermédiaires à la réalisation de ce projet ont été prévues sur les sites des Mûriers à Dole et de Brantus à Montmirey.

Concernant le site de Montmirey, quelques transformations ont été réalisées comme une organisation des « circuits propre et sale » pour le linge, l'alimentation et les livraisons mais également la réfection de la salle de soins actuellement trop petite.

Concernant l'unité « Les Mûriers », des travaux spécifiques seraient réalisés comme l'occultation des fenêtres par des volets pour permettre le repos les nuits d'été et un renouvellement du mobilier pour l'adapter à la dépendance.

En revanche, aucun travail lourd n'est envisagé sur la période intermédiaire.

Au-delà de l'aspect architectural et d'une meilleure prise en charge du résident, cette opération doit s'entendre également sous l'angle d'une réponse à des besoins avérés au niveau local et à l'optimisation de l'organisation du travail. Une optimisation de l'espace de travail contribue à la prévention des risques professionnels et à la rationalisation de l'organisation du travail. L'architecture est ainsi au service d'une politique de management.

2 UNE REPONSE ENVISAGEE A UNE DEMANDE AVEREE

Le projet architectural vise à offrir aux résidents une prise en charge plus adaptée à leurs besoins. En réponse à l'évolution épidémiologique, il se doit de proposer notamment une offre d'accueil pour déments déambulants de type Alzheimer. Les données pathologiques des personnes hébergées ne sont cependant pas les seuls éléments déterminants, les contraintes architecturales doivent également être étudiées.

2.1 Une réponse adaptée aux données épidémiologiques : la création d'une unité pour déments déambulants de type Alzheimer

L'évolution de maladies dégénératives de type Alzheimer constatée au niveau national se reflète à l'échelle départementale du Jura. L'EHPAD du CHS du Jura doit, pour adapter au plus juste son projet, étudier cette évolution au sein même de l'institution.

2.1.1 Au niveau national

Différentes enquêtes ont pu être réalisées au niveau national sur la prévalence de certaines pathologies chez les personnes âgées de 75 ans et plus à partir des principaux motifs d'hospitalisation ou de reconnaissance d'affections de longue durée.

La première cause de décès chez les personnes âgées est le cancer, les affections cardio-vasculaires arrivant en seconde position dans les causes de mortalité. Ensuite, arrivent les maladies du système nerveux central qui sont en forte progression et notamment la maladie d'Alzheimer. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées constitue un défi pour la prise en charge en structure hospitalière et médico-sociale. En effet, cette maladie est la cause de démence la plus fréquente et la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées. C'est la principale cause d'institutionnalisation. Les données épidémiologiques récentes obligent à prévoir différemment les EHPAD pour répondre aux besoins d'une population âgée souffrant de cette maladie évolutive responsable d'une dépendance lourde.

En 2004, on compte près de 800 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés soit 18% des personnes de plus de 75 ans. Si l'on projette les estimations nationales au niveau de la Franche Comté, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer serait de 15 200.

Depuis quelques temps, les politiques mettent l'accent sur l'habitat pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il en est ainsi de la circulaire du 16 avril 2002² relatives à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées qui prévoit l'amélioration de la qualité des structures d'hébergement. On peut également citer la circulaire du 30 mars 2005³ relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 qui préconise la création de structures d'accompagnement et de répit, c'est-à-dire des structures permettant un accueil de jour, une garde itinérante et un accueil de nuit.

Chaque EHPAD devrait définir et faire connaître officiellement d'une part, le nombre de lits susceptibles d'accueillir des patients atteints de maladie d'Alzheimer et les critères de qualité de la prise en charge et d'autre part, le nombre de lits dédiés aux soins plus spécifiques des patients les plus difficiles regroupés alors dans une unité spécifique Alzheimer⁴. Les EHPAD sont et seront de plus en plus concernés par l'accueil et le soin aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ; ils se doivent d'y consacrer une part importante de leur projet d'établissement.

2.1.2 Au niveau local

Sur le plan local, le schéma départemental 2004-2008 des établissements et services pour personnes âgées du Jura prévoit des consultations gériatriques sur l'ensemble du territoire. Le CHS du Jura organise des consultations psychiatriques et a mis en place des conventions de suivis dans les maisons de retraite. Certaines structures d'hébergement sont consacrées à ce type de dépendance ou disposent d'unités spécialisées (Jardin d'Asclépios à Salins : 52 places ; USLD de Lons Le Saunier : 12 places ; USLD de Poligny : 10 places). En revanche, il est nécessaire d'augmenter le nombre de places d'accueil de jour de proximité et d'accueil temporaire.

² Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002

³ Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/2005/172 du 30 mars 2005

⁴ MAILLARD P. « Comment créer et faire vivre une unité Alzheimer en maison de retraite ? », Revue de gériatrie, 2004, n°29, pp.15-18

De même, il est nécessaire d'adapter les établissements existants à ce type de dépendance et de créer des places spécialisées d'hébergement permanent.

En effet, la démence prive progressivement l'individu de ses capacités à vivre de façon autonome à domicile. Plus les troubles cognitifs progressent, plus la dépendance à l'égard des aidants augmente. La dépendance, les troubles psychologiques, l'agressivité, la déambulation sont des causes de placement en institution⁵.

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer doivent pouvoir être accueillis en EHPAD dans le Jura. Cela nécessite en préalable l'existence d'un projet de soins et de vie spécifique à ces patients et ce, quelque soit le stade de leur maladie à condition que leur état psychologique comportemental soit équilibré. En outre, il doit exister une unité spécifique propre pour ceux qui présentent des comportements dérangeant les autres résidents (déambulation incessante, agitation psychomotrice) à l'exclusion des troubles aigus et ne relevant pas d'une structure d'hospitalisation. L'EHPAD doit être inséré dans une filière de soins gériatriques définie par la circulaire de mars 2002⁶ comportant une consultation d'évaluation gériatrique, un accueil de jour, des structures d'hébergement et des structures d'hospitalisation (hôpitaux de jour, court séjour, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée).

2.1.3 Au niveau institutionnel

Au niveau de l'EHPAD, le médecin coordonnateur a été chargé de faire un état des lieux recensant les résidents présentant ce type de démences. Il en ressort que la population des sujets présentant la maladie d'Alzheimer se répartie sur les quatre sites sachant que les unités des Mûriers et P. Brantus accueillent plutôt des patients PAPPP (Personnes Agées à Pathologie Psychiatrique Préexistante) avec évolution vers des états démentiels mais qui ne sont pas comptabilisés avec les cas de maladie d'Alzheimer.

⁵ HOVASSE E. « Du domicile à l'institution : pourquoi, quand, ou, comment ? », revue de gériatrie, 2004, n°29, pp.5-7

⁶ Circulaire DHOS/02/DGS/SDSD/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

2008	Maladie d'Alzheimer	Dont troubles du comportement	Dont déambulation
Aberjoux	14	10	7
Mûriers	3	3	2
Iris	18	8	5
P. Brantus	3	2	1

L'EHPAD du CHS travaille avec le service de géro-psycho-geriatrie avec lequel il existe une convention. Aussi, ce lien de proximité et de partenariat permet d'accueillir préférentiellement les résidents ayant séjourné au CHS dans cette unité.

Les médecins psychiatres assurent une fois par mois les consultations des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et présentant des problèmes médicaux. Cette collaboration, le travail des médecins et du personnel formé à cette pathologie, expliquent l'augmentation à l'EHPAD des demandes d'admission pour cette pathologie.

Origine géographique des malades d'Alzheimer en 2007 :

15 résidents originaires de Dole,

11 résidents du canton de Dole et Saint-Aubin,

12 résidents d'origine géographique plus éloignée (Doubs, Jura, Saône et Loire) recrutement via le service de géro-psycho-geriatrie.

Les résidents atteints de maladie d'Alzheimer originaire pour la plupart du domicile (bassin dolois), via le CHS ou le Centre Hospitalier Général de Dole, sont répartis sur les deux sites des Aberjoux et des Iris. Ces structures de plain pied sont adaptées à cette pathologie au point de vue architecturale : espace intérieur de déambulation, espace extérieur de promenade clos, chambres et sanitaires adaptés au handicap. Malgré tout, ces espaces intérieurs nécessiteraient quelques adaptations techniques pour la prise en charge de cette maladie (barre d'appui supplémentaire, bande réfléchive d'angle, pas de rupture de couleur des sols, éclairage, pictogramme).

Les résidents présentant la maladie d'Alzheimer cohabitent avec les autres sujets âgés présentant soit des pathologies avec perte d'autonomie importante (fauteuil roulant...) soit des pathologies psychiatriques (névrose, mélancolie, psychoses...).

Les résidents Alzheimer requièrent des soins appropriés avec surveillance constante ; les horaires doivent être souples, adaptés aux troubles du comportement, à l'agitation, à la déambulation. La cohabitation de ces deux populations génère des difficultés au quotidien (horaire, repas, toilette, surveillance, sortie) et les résidents aux fonctions cognitives intactes ont souvent des réactions de rejet et d'agressivité vis-à-vis des malades Alzheimer.

La déambulation peut être mal tolérée si elle conduit la personne à entrer dans les chambres des autres résidents ou dans les salles de bain. Aussi, doit-elle être canalisée vers des espaces de circulation bien conçus. Les vocalisations, les cris incessants sont éprouvants pour les autres résidents et le personnel. L'agitation nocturne, l'inversion du rythme jour/nuit pose aussi problème à l'institution. La dépression est une manifestation fréquente de la maladie qui nécessite une relation personnalisée avec instauration d'un climat bienveillant et tolérant pour communiquer et venir en aide à la personne malade. La prévention de la malnutrition (complication fréquente de la maladie d'Alzheimer) est un enjeu essentiel qui consiste à présenter une alimentation variée équilibrée avec aide à la prise alimentaire, souplesse et imagination au moment des repas. Le travail musculaire et de l'équilibre nécessite l'aide d'une psychomotricienne et kinésithérapeute pour la prévention des chutes et conservation de la marche.

Aussi, s'il est impossible pour l'EHPAD de changer son mode de fonctionnement pour chaque résident, il est nécessaire de prévoir dans le futur projet institutionnel une unité spécialisée à la prise en charge de ces résidents atteints de la maladie d'Alzheimer avec une organisation suffisamment souple pour permettre à chacun de se sentir écouté et respecté. 15 lits dédiés à cet accueil me semblent pertinents.

Il est nécessaire que cette unité face appel à du personnel formé, compétent et bienveillant pour qu'il consacre à chaque résident atteint de troubles cognitifs une attention et des soins particuliers pour établir un projet individualisé respectant la personne dans sa dignité⁷. Les contraintes liées à l'organisation du travail, la "faible" densité de personnel rendent ces objectifs difficiles mais réalisables.

⁷ RAINFRAY M. et al. « Recommandations pour les EHPAD accueillant des patients atteints de maladies d'Alzheimer (ou syndromes apparentés). Consensus du Cercle Aquitaine Alzheimer. », Revue de gériatrie, 2006, n°1, pp.5-10

Une unité spécifique doit permettre d'optimiser la prise en charge des malades atteints de maladie d'Alzheimer et apporter une réponse à des besoins existants. L'architecture doit se mettre au service de résidents désorientés. Une petite unité de vie, concilie liberté et sécurité dans un lieu lumineux et paisible, pour les résidents comme pour le personnel⁸.

De plus, et comme le préconise les politiques au niveau national, déclinées au niveau local, l'EHPAD du CHS du Jura doit également proposer une réponse à des besoins émergents en créant des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour soulager les aidants familiaux. Actuellement, l'offre sur le bassin dolois est quasi inexistante. Ces créations, relayées par le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Nord Jura pour informer la population de ses alternatives à l'hébergement complet, seraient un plus incontestable pour l'établissement. Afin de mesurer les besoins réels de la population en la matière, une montée en charge progressive doit être programmée dès le départ et je préconise la création de 2 places d'accueil de jour et 2 lits d'hébergement temporaire sur le nouveau bâtiment avec un taux d'occupation retenu de l'ordre de 70%. A mon sens, et à la lecture du schéma départemental pour personnes âgées du Jura et à ses préconisations, ces créations devraient être accueillies favorablement par les autorités de tarification.

⁸ BERTIN B. « L'architecture au service de résidents désorientés. », *Directions*, n°46, novembre 2007, pp.18-19

Principaux objectifs à prendre en compte pour concevoir ou organiser le fonctionnement d'une unité spécifique pour malades déments (liste non exhaustive).

Domaines	Objectifs
Architecture	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre la déambulation en toute sécurité. - Eviter les fugues, minimiser le risque de chutes. - Prévoir des repères facilitant l'orientation.
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Former à la gérontologie et à la prise en charge des démences (tous grades). - Doit comporter médecin, psychologue, masseur-kinésithérapeute ou autres personnels de rééducation-réadaptation (ou impliqués dans la structure et formés, s'ils ne font pas partie du personnel).
Projet de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention des complications de la maladie d'Alzheimer. - Gestion des troubles du comportement. - Traitement préventif ou curatif de la malnutrition. - Préservation des capacités restantes. - Accueil d'intervenants bénévoles. - Implication des familles des résidents dans la vie de l'unité. - Animations conçues pour les personnes ayant un affaiblissement cognitif.
Ethique	<ul style="list-style-type: none"> - Respect de la dignité des patients. - Lutte contre la contention. - Prise en charge de la fin de vie des malades au stade palliatif.

Source du tableau : La Revue de Gériatrie avril 2003

Le constat tel qu'il est établi par le médecin coordonnateur fait ressortir que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'EHPAD est de 38 personnes début 2008 (contre 30 en 2004).

Les financements pouvant accompagner ce volet, ne sont pas à négliger dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 annoncé par le Président de la République le 1er février 2008 lors de son déplacement dans les Alpes-Maritimes.

Les grandes orientations du plan Alzheimer 2008-2012 portent notamment sur :

- ▶ Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie,
- ▶ Le développement de la recherche médicale,
- ▶ La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille, dans toutes ses dimensions,
- ▶ l'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce (environ 10 000 nouveaux malades, chaque année, âgés de moins de 60 ans).

Des moyens nouveaux seront affectés au financement de ce plan. L'effort budgétaire de l'Etat et de l'assurance maladie sera ainsi complété par les ressources issues de la franchise mise en place par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008.

Parallèlement au lancement du plan Alzheimer 2008-2012, le chef de l'Etat a annoncé la création d'une cinquième branche de la protection sociale consacrée à la dépendance, qui compléterait les quatre branches actuelles de la Sécurité sociale (maladie-maternité, famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles). Créée en 2008 à partir de l'actuelle Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), elle aurait pour vocation le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse des personnes âgées ou des personnes handicapées. Cependant, il semble que le texte de Xavier Bertrand, ministre de la solidarité, qui doit être présenté avant la fin de l'année 2008, remette en cause cette création d'une cinquième branche. En effet, ce dernier annonce en avoir déjà tracé les grandes lignes et selon lui, pas question d'une nouvelle branche de la sécurité sociale pour couvrir ce risque mais plutôt d'un « partenariat public-privé » avec les assureurs⁹.

⁹ Le Figaro, lundi 1^{er} septembre 2008, n°19 933, cahiers de l'économie

A partir de ces données et du diagnostic établi sur les résidents hébergés à l'EHPAD du CHS du Jura, une évolution dans l'orientation des lits doit être apportée en parallèle au regroupement des unités. Une réunion conjointe avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD, le responsable du pôle de gériatrie-psychiatrie, le directeur général et moi-même le 22 février 2008 a permis d'éclaircir la situation et de définir un axe majeur d'orientation des 55 lits (30 lits des Mûriers et 25 lits de Montmirey). Ainsi, 25 lits seraient consacrés à des résidents présentant un passé psychiatrique et/ou psychoses vieillissantes ; 15 lits pour des résidents présentant une démence évoluée et/ou sévère et 15 lits pour des résidents déments déambulants.

2.2 Un projet architectural cohérent à déterminer

Après avoir constaté que deux unités sur les quatre existantes de l'EHPAD, en l'occurrence les Mûriers sur Dole et Brantus sur Montmirey, doivent faire l'objet plus précisément d'une étude pour envisager des solutions à terme, il est primordial de dresser un état des lieux topographique de chaque site. Cet état des lieux doit permettre d'envisager différents scénarii pour regrouper les sites, tout en édulcorant Montmirey qui doit être rapproché géographiquement. Cet état des lieux s'inspire de la pré-étude réalisée en 2006 par l'établissement suite à une demande de la direction des travaux. Le site apparaît comme un facteur primordial dans le choix de l'institution. « Ainsi, actuellement, il est communément admis que le bâtiment doit trouver sa place au sein du centre urbain : cette exigence est fondée sur le maintien d'une cohésion vectrice d'une dynamique, d'une perspective, et en cela permet un lien inter génération »¹⁰.

2.2.1 État des lieux

-Site de Saint Aubin- Les Iris

Le terrain, sur lequel est implanté l'unité Les Iris, est constitué de la parcelle cadastrale ZE 251 d'une surface totale de 9 262 m². Le terrain envisageable pour la construction neuve serait le même. La maîtrise foncière pour une opération est assurée sur ce terrain.

¹⁰ SOUCHON S. et al. « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? », *Gérontologie et Société*, n°119, 2006, pp.75-84

Le bâtiment existant date de la fin des années 1990 et comporte un rez-de-chaussée d'une capacité de 40 lits.

-Site de Dole-Les Aberjoux

Le terrain sur lequel est implantée l'unité des Aberjoux est constitué des parcelles CW 390, 395, 396 et 169. Les parcelles CW 395,396 et 169 sont la propriété du CHS du Jura et totalisent une surface de 20 350 m². Quant à la parcelle CW 390 d'une surface de 6 900 m², elle est louée par l'hôpital. La maîtrise foncière semble assurée sur ce terrain. Le bâtiment date de la deuxième moitié des années 1990 et comporte un rez-de-chaussée sur sous sol partiel. La capacité est de 40 lits.

Site de Dole-Les Mûriers

Le terrain sur lequel est implantée l'unité les Mûriers est la parcelle CX 27 d'une surface totale de 125 633 m². La maîtrise foncière pour une opération est assurée sur ce terrain. Le bâtiment de cette unité date de l'origine du site principal du CHS c'est-à-dire du XIX^e siècle. Il comporte un rez-de-chaussée, deux étages et des combles. Sa capacité est de 30 lits.

En plus de ces trois sites, le CHS du Jura dispose dans son patrimoine d'une zone désaffectée ou en cours qui pourrait éventuellement être utilisée aux fins de regroupement. Ce site présente la particularité d'être situé de l'autre côté de la route nationale et donc hors psychiatrie.

Site de Dole-Le Château

Le terrain situé de l'autre côté de la route Nationale, sur lequel sont actuellement implantés deux bâtiments désaffectés, le service imprimerie du CHS, l'atelier d'ergothérapie, ainsi que le potager et un grand parc arboré, est constitué des parcelles cadastrales CX 25 et ZB 8. Ces parcelles totalisent une surface de 83 670 m². Le bâtiment Les Bougainvillées-Brunelles date de l'origine du site principal du CHS comme pour les Mûriers soit XIX^e siècle. L'architecture de ces bâtiments est identique à celle des Mûriers (un rez-de-chaussée, deux étages et des combles). D'une capacité de 39 lits, ils présentent la caractéristique de n'avoir aucun cabinet de toilette privatif et des chambres allant jusqu'à trois lits. Un projet de crèche doit voir le jour en 2009 sur une partie de ce site en collaboration avec plusieurs communes de la région doloise.

Aucune règle d'urbanisme ne s'oppose à la réalisation d'un projet architectural.

Après avoir listé les différents sites géographiques, les règles de servitudes doivent être prises en considération pour ne pas venir perturber le projet par la suite.

Sur les sites de Dole (les Mûriers et le Château), le plan local d'urbanisme (PLU) mentionne ces 2 bâtiments sur les monuments historiques répertoriés à l'inventaire. En conséquence, l'architecte des bâtiments de France devra être consulté lors de l'instruction éventuelle d'un permis de construire pour ces parcelles.

Sur les Aberjoux, le plan des servitudes annexé au règlement du Plan Local d'Urbanisme (PLU) de la commune de Dole fait apparaître que la commune est concernée par un réseau de transport d'énergie de 3^{ème} catégorie, qui bénéficie des servitudes instituées en application de la loi du 15 juin 1906. Néanmoins, cette servitude ne semble pas s'opposer à la réalisation d'un projet en particulier si la construction projetée s'implante au sud de la construction existante.

Dans le cadre de la pré-étude réalisée en 2006, le Service Régional d'Archéologie de la Direction Régionale des Affaires Culturelles a été saisi afin de déterminer :

- si les sites des projets se situent dans une zone géographique susceptible de révéler la présence d'éléments du patrimoine archéologique.
- si la réalisation d'un diagnostic archéologique éventuellement suivi de fouilles est à envisager.

Les résultats de cette saisine indiquent que concernant les sites –Les Aberjoux-Les Mûriers-Le Château- les projets envisagés ne donneraient pas lieu à prescription au titre de l'archéologie préventive. Concernant le site des Iris à Saint Aubin, le Service Régional de l'Archéologie indique verbalement que des prescriptions en termes d'archéologie préventive sont inévitables sur la parcelle envisagée. En effet, un diagnostic réalisé en 1996, a fait apparaître plusieurs structures archéologiques, dont certaines ont été laissées en place et pas complètement diagnostiquées, en particulier dans la partie sud du terrain. Un diagnostic complémentaire est donc indispensable avant toute construction.

Selon la nature des vestiges rencontrés, soit les vestiges peuvent être traités pendant le diagnostic et le terrain est libre de toute hypothèque, soit les vestiges sont plus importants, et un autre diagnostic doit être fait (avec ou sans fouilles selon l'emprise du bâtiment projeté).

Il en résulte que le maître d'ouvrage peut attendre les prescriptions émises par le Service Régional de l'Archéologie au stade de l'instruction du permis de construire ou demander un diagnostic par anticipation, de façon à gagner du temps.

Une reconnaissance des sols effectuée par une entreprise experte en juin 1995 dans le cadre du projet de construction de l'unité Les Iris a fait apparaître une présence d'eau dans le terrain ne permettant pas la réalisation d'un ouvrage sur sous sol. De plus, il a été vivement conseillé de construire un bâtiment léger dont la structure engendre au niveau de l'infrastructure des charges linéaires peu élevées avec des répartitions homogènes. Ce problème ne s'est pas posé en 1994 dans le cadre du projet de construction des Aberjoux.

Concernant la desserte, les terrains envisagés sont tous desservis par des voies de circulation. Ils sont également desservis par des réseaux, qui seront à recenser plus précisément pour les scénarii retenus.

A la lecture de ces données démographiques, épidémiologiques et à partir du constat de l'existant quatre scénarii peuvent être envisagés pour le rapprochement de l'EHPAD, sachant que le site de Montmirey doit être abandonné pour des contraintes économiques comme rappelées ci avant. Ce regroupement doit être l'occasion de s'interroger sur le devenir des Mûriers, unité peu propice à l'accueil de personnes âgées dépendantes de part sa configuration architecturale. Cet état des lieux s'avère indispensable pour permettre au directeur de déterminer ses choix. Il ne peut laisser au hasard ces éléments susceptibles de venir contrarier son projet ultérieur. Tout élément doit être pris en considération dans la prise de décision.

2.2.2 Présentation des scénarii

Sur la base de ratios couramment rencontrés dans la construction d'EHPAD, l'hypothèse retenue pour les besoins en termes de surface est de 55 m² de Surface Dans Œuvre (SDO) par lit. De la même manière, l'hypothèse retenue pour une première approche sommaire du coût de l'opération est ici de 1 450 € Hors Taxe (HT) par m² de surface dans œuvre (SDO), et un coefficient de 1.5 entre le coût HT des travaux et le coût de l'opération toutes dépenses confondues. Cette hypothèse sera affinée dans le cadre de l'étude de faisabilité sur le ou les scénarii à approfondir, afin de tenir compte notamment

de l'évolution récente des index de référence. Cette hypothèse se chiffre à environ 5 610 000 € TTC en valeur 2008. Ces éléments sont issus de la pré-étude réalisée en 2006 et mentionnée précédemment.

A) Répartir les capacités sur trois sites

Dans cette hypothèse de travail, le regroupement des unités « Pierre Brantus » de Montmirey et des Mûriers serait réalisé sur le site de Saint Ylie en laissant les deux autres sites à leur capacité actuelle. On obtiendrait ainsi :

-Aberjoux : Maintien à 40 lits

-Iris : Maintien à 40 lits

-Nouvelle unité de 55 lits regroupant les lits des Mûriers et de Montmirey

Au vu des contraintes d'urbanisme s'appliquant au site principal de Saint Ylie, cette unité nouvelle pourrait être réalisée dans un bâtiment à simple rez-de-chaussée, solution à privilégier dans le cadre d'un EHPAD et ayant reçu l'approbation des équipes concernées suite à la réalisation d'une enquête¹¹ menée auprès d'eux. Dans ce scénario, l'unité nouvelle pourrait être implantée soit sur le site principal du CHS, soit sur le site dit « du château » de l'autre coté de la route nationale.

En termes de possibilités, le site principal du CHS comporte plusieurs emplacements ayant la capacité d'accueillir un bâtiment de cette importance (environ 3 300 m² SHON), y compris en simple rez-de-chaussée. Cependant, cette surface ne semble guère disponible sur le site principal dans sa configuration actuelle sauf à envisager la démolition de certains bâtiments.

De l'autre coté de la route nationale, de vastes espaces verts représentent des surfaces disponibles largement suffisantes pour une construction neuve de cette ampleur. En effet, en se cantonnant à la partie située à l'arrière des bâtiments d'hospitalisation situés sur la parcelle CX25, on constate qu'une surface minimum de 10 800m² environ serait libre de toutes constructions sans empiéter sur le potager existant de l'hôpital. De plus, deux bâtiments sont actuellement désaffectés mais ne pourraient à eux seuls accueillir l'unité

¹¹ Enquête menée en réunion d'équipe le 20 mai 2008

nouvelle du fait de ses surfaces de l'ordre de 1 900 m² par bâtiment et de l'étroitesse de ses ailes. En effet, un bâtiment destiné à abriter de l'hébergement ou de l'hospitalisation doit avoir une largeur de l'ordre de 14 à 15 m, ce qui permet de répartir éventuellement les chambres de chaque côté de la circulation centrale (solution que je ne privilégie pas comme nous le verrons ultérieurement). Les bâtiments existants désaffectés présentent une largeur comprise entre 6 et 8 m ce qui ne permettrait pas de localiser les chambres ou d'autres locaux que d'un côté de la circulation et donc augmenterait le ratio surface dans œuvre/surface utile et diminuerait ainsi le rendement de plan de la construction.

Enfin, l'implantation d'une unité nouvelle à distance des unités d'EHPAD existantes apparaît comme moins efficace en termes de rapprochement des lits que l'extension d'une unité existante. En effet, trois sites distincts seraient conservés ce qui est moins souple notamment pour l'organisation et la mutualisation des équipes soignantes en particulier la nuit et le week-end où les effectifs sont réduits.

L'objectif d'optimisation des coûts ne serait pas, dans cette hypothèse, remplie. La problématique existante sur l'EHPAD au niveau des remplacements de personnel serait maintenue.

B) Conserver seulement deux sites

Ce scénario peut être envisagé de deux manières :

-Soit en augmentant la capacité des Aberjoux, on obtiendrait alors une unité de 95 lits sur les Aberjoux et une unité de 40 lits aux Iris à Saint Aubin.

-Soit en augmentant la capacité des Iris et on obtiendrait alors les Aberjoux à 40 lits et les Iris à 95 lits.

a) *Extension des Aberjoux- Dole*

Le bâti existant sur ces parcelles a une emprise au sol de 2 400 m² pour l'unité des Aberjoux et la même superficie pour la pédiatrie du CHS soit un total de 4 800 m².

Les surfaces totales non construites sur le terrain des Aberjoux sont de 22 450 m² ce qui est amplement suffisant. Deux emplacements pourraient être envisagés sur le terrain, au sud de l'unité des Aberjoux existante, principalement sur la parcelle CW390, ou une

surface d'environ 6 000 m² peut être disponible et à l'ouest de l'unité principalement sur la parcelle CW 169 ou une surface d'environ 7 300 m² est disponible à proximité immédiate.

Au vu de ces éléments de surface et des contraintes d'urbanisme s'appliquant au site des Aberjoux, l'extension de l'unité des Aberjoux pourrait être réalisée dans un bâtiment à simple rez-de-chaussée.

Les contraintes imposées par le passage de la ligne 225 K Volts « Champvans-Pymont » à proximité du terrain devraient être très limitées, en particulier dans le cas où l'extension serait réalisée au sud du bâtiment existant.

b) Extension des Iris- Saint Aubin

Le bâti existant sur cette parcelle dispose comme précédemment d'une emprise au sol de 2 400m². Les surfaces totales non construites sur le site de St Aubin sont donc de 6 882 m² ce qui est suffisant. Toutefois, cette surface n'est pas à prendre en compte en totalité car la bande de terrain au pourtour de la construction existante sur ses faces ouest, nord et est, est difficilement utilisable pour une extension. La surface disponible pour une extension, cantonnée en partie sud du terrain est donc de l'ordre de 2 500 m².

Au vu de ces éléments sur les surfaces du terrain, et des contraintes d'urbanisme s'appliquant au site, l'extension de l'unité Les Iris ne pourrait pas être réalisée dans un bâtiment à simple rez-de-chaussée (ou de plain pied). La possibilité de sous-sol étant interdite, cela signifie que les résidents seraient nécessairement hébergés au premier étage, hypothèse à mon sens inconcevable aujourd'hui pour des raisons de prise en charge du résident et de l'organisation du travail.

Des contraintes en terme d'archéologie préventive s'imposeront de plus à la réalisation de cette opération qui selon la nature et la quantité de vestiges trouvés pourront s'avérer génératrices d'allongement des délais de réalisation et de surcoût.

C) Conserver seulement deux sites en répartissant de manière égale les capacités sur chaque site

La capacité des Aberjoux serait alors portée à 70 lits et celle des Iris à 65 lits. Sur la base des ratios indiqués précédemment, l'extension de 30 lits sur les Aberjoux devrait avoir une surface de 1 650 m² SDO soit de l'ordre de 1 800 m² SHON. De la même manière, l'extension de 25 lits des Iris devrait avoir une surface de 1 375 m² SDO soit de l'ordre de 1 500m² SHON.

Compte tenu des surfaces disponibles sur chacun de ces sites, cette hypothèse est envisageable dans des extensions à simple rez-de-chaussée. Dans ce scénario, deux chantiers doivent être réalisés ce qui multiplie d'autant les nuisances aux riverains mais aussi et surtout aux résidents de l'EHPAD. Ces deux chantiers permettent d'échelonner dans le temps les réalisations et les déménagements ce qui peut permettre d'étaler dans le temps les dépenses d'investissement mais peut aussi faire durer les situations d'inconfort de certains résidents et les problèmes de logistique générés par l'éloignement de certains sites. Ces contraintes non négligeables doivent être prises en considération par le directeur à l'appui de sa décision. Le coût supplémentaire pouvant être engendré par cette hypothèse provient de certaines prestations intellectuelles notamment qui ne sont pas proportionnelles au coût des travaux.

D) Conserver seulement deux sites en doublant les capacités d'hébergement complet de chaque site

La capacité des Aberjoux serait dès lors portée à 80 lits et celle des Iris également à 80 lits ce qui aurait pour incidence d'augmenter la capacité globale de 135 lits à 160 lits. Sur la base des ratios indiqués précédemment, les extensions des 40 lits des Aberjoux et des Iris devraient avoir une surface de 2 200 m² SDO soit de l'ordre de 2 400 m² SHON.

Ces surfaces existent potentiellement sur chacun des sites. Les mêmes remarques que sur le scénario précédent s'appliquent, à savoir le double chantier et les inconvénients qui s'en suivent. Pour ce scénario, le coût des travaux sera plus important que pour les trois autres scénarii, en proportion directe avec le nombre de lits supplémentaires qu'il représente, c'est-à-dire de l'ordre de 45%.

En revanche, l'idée de ce scénario doit être abandonnée à la lecture du schéma départemental 2004-2008 pour personnes âgées du Jura qui envisage uniquement la création de 88 places sur le secteur dolois, places déjà accordées à l'EHPAD de Tavaux en cours de construction (60 places) et à celui de Rochefort sur Nenon, en l'attente d'un début de construction (60 places).

E) Une extension du site des Aberjoux : le scénario le plus plausible

Au vu de ces différentes présentations, il apparaît que le rapprochement de sites de l'EHPAD du CHS du Jura peut être réalisé et que le scénario prévoyant la création de 55 lits sur le site des Aberjoux est à privilégier. En effet, ce scénario est celui qui présente le moins de contraintes, tout en laissant une grande latitude de conception, en permettant de regrouper 95 lits au sein d'une même entité et l'ensemble des lits sur seulement deux sites, la majorité des lits étant située à proximité du site principal de l'établissement. Cette hypothèse permet d'obtenir une unité « humaine » sans obtenir la taille critique.

A contrario, le scénario envisageant la création d'une unité nouvelle de 55 lits présente l'inconvénient principal de conserver 3 sites et ne permet pas le regroupement d'un grand nombre de lits sur un même site. Le scénario de création de 55 lits à Saint Aubin présente bien l'avantage du nombre de sites limité à deux mais les contraintes liées à la surface disponible du terrain conduiraient à une construction à deux niveaux après avoir levé l'hypothèque archéologique. De plus, un bâtiment à étage n'apparaît pas adapté à un EHPAD devant accueillir des personnes âgées fortement dépendantes. Enfin, une étude démographique¹² menée au niveau du département du Jura indique que le site géographique n'est pas le plus recherché, et pourrait à terme, poser des problèmes pour remplir cette unité. La construction d'un EHPAD de 60 lits à proximité sur la commune de Tavaux, vient confirmer ce phénomène.

Le scénario de création de 30 lits sur le site des Aberjoux et 25 lits sur le site de Saint Aubin tout en limitant l'accueil des personnes âgées sur deux sites présente les contraintes archéologiques et de distance liées directement au terrain de Saint Aubin. Le dernier scénario présente les mêmes avantages que l'avant dernier mais l'implantation des lits à Saint Aubin serait plus difficile que dans ce dernier en terme de surface disponible. Par ailleurs, c'est le seul scénario étudié ici qui propose une augmentation

¹² Source INSEE

générale de la capacité de l'EHPAD du CHS du Jura qui passerait de 135 à 160 lits. Une augmentation n'est pas à envisager compte tenu du schéma départemental du Jura pour personnes âgées comme nous l'avons mentionné précédemment.

2.2.3 Montage financier

L'enveloppe prévisionnelle nécessaire à la réalisation du projet retenu est de 5 610 000 € Toutes Taxes Confondues (TTC-valeur 2008) en investissement. Cette estimation est basée sur la construction d'une extension de 55 lits pour un total de 3 300m² SHON pour un coût de 1 700€ par m² TTC. La vente du bâtiment de Montmirey doit permettre de financer la valeur nette comptable (VNC) de 600 000€ à ce jour, et l'éventuelle plus value servir d'apport au financement de l'opération dans le respect des règles comptables en vigueur. La VNC peut paraître importante mais ce bâtiment d'une valeur amortissable de 1 019 000 € date de 1989 et a fait l'objet d'un amortissement sur 50 ans, il reste donc environ 30 ans à 20 000€ par an (fin d'amortissement le 31 décembre 2038). La démonstration de l'intérêt de la réalisation de ce projet doit conduire les autorités de tarification à accorder une subvention au CHS pour soutenir ce projet. En appui à cette demande, des économies d'échelle à terme sur la section d'exploitation devront être mises en avant pour indiquer un retour sur subvention, qui finalement ne sera qu'une avance récupérable sur 5 ans comme nous le démontrerons ultérieurement. Le solde de l'opération ferait l'objet d'un emprunt de la part de l'hôpital.

Enfin, et dans le cadre de la perspective d'un emprunt, il est à noter que la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement est prévue par le décret n°2007-1554 du 31 octobre 2007¹³. Ce décret stipule que ces derniers peuvent être pris en charge par l'assurance maladie sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente pour la section tarifaire aux soins et dans la limite des crédits notifiés à cet effet. L'EHPAD du CHS du Jura peut être éligible, et ainsi éviter que le coût de l'investissement ne se répercute sur le prix de journée en hébergement payé par les résidents.

¹³ Décret n°2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Après avoir envisagé les différentes hypothèses architecturales, et arrêté celle semblant la plus pertinente au projet, il reste à analyser les besoins à mettre en adéquation et notamment en matière de personnel et de logistique pour faire fonctionner une telle structure et ainsi observer les économies potentielles à réaliser sur ces postes. Les économies potentielles ainsi dégagées constitueront les économies d'échelle mentionnées ci-avant. Enfin, la conception architecturale sera développée pour prendre en considération le projet de vie du résident et les conditions de travail du personnel. Le simple fait d'initier une architecture nouvelle ne suffit pas à améliorer la qualité de vie au sein d'une structure. L'architecte n'apparaît alors que comme un outil potentiellement capable d'améliorer l'accompagnement des usagers. Il est donc nécessaire d'analyser comment l'architecture peut impacter positivement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et notamment celles de l'EHPAD du CHS du Jura.

3 L'ADEQUATION DES MOYENS GARANTISSANT UNE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT DE QUALITE

Une fois le scénario le plus pertinent sélectionné, il reste à élaborer le projet de conception. Ce dernier permet de déterminer quels seront les moyens humains et logistiques nécessaires au bon fonctionnement de l'EHPAD. Ces derniers doivent garantir la préservation d'une prise en charge de qualité et de conditions de travail confortables. Le changement ainsi planifié dans l'organisation de travail des agents pourra alors leur être présenté au travers d'un important travail d'accompagnement pour le directeur.

3.1 Les moyens humains et logistiques

Le projet architectural mené sur la base du scénario retenu implique une réorganisation tant dans la répartition des effectifs que dans le fonctionnement des services logistiques.

3.1.1 Les moyens humains

A la suite de la signature de la convention tripartite dite de 1^{ère} génération le 31 décembre 2003, l'EHPAD du CHS du Jura dispose de 97.2 Equivalents Temps Plein (ETP) qui doivent être répartis sur l'ensemble des 4 sites. Afin de mieux cerner les besoins spécifiques à chaque unité, un travail a été engagé par mes soins en collaboration avec le directeur des soins et la cadre supérieure de l'EHPAD pour juger de la pertinence des effectifs présents à la lecture du Gir Moyen Pondéré (GMP), du Pathos Moyen Pondéré (PMP) et du nombre de résidents constaté sur les différentes unités. Ce travail a permis de répartir les ETP budgétés et de les comparer à l'effectif présent (annexe n°3). Il permet au directeur de mesurer les écarts constatés et analyser les besoins à solliciter auprès des autorités de tarification dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite et rendre compte de ce travail auprès des équipes pour les informer. De plus, l'objectif de ce travail était d'analyser la situation pour observer si la répartition des moyens s'opère en fonction des besoins en soins et du niveau de dépendance présent sur chaque site. L'éclatement sur quatre sites rendait ce travail complexe mais également indispensable pour avoir une vision réelle de la situation.

En effet, lors de mon arrivée sur le terrain de stage, une pétition signée par les cadres de chaque unité et adressée au Directeur Général soulignait le manque de moyens humains sur les différentes unités. Il fallait rapidement pouvoir dégager une confirmation ou une infirmation de cette information et apporter une réponse concrète aux équipes. Ce travail a permis d'observer un écart important entre les effectifs budgétés et les effectifs présents, de l'ordre de plus de 21 postes. Aussi, au-delà de cette donnée chiffrée, il fallait se pencher sur l'organisation spécifique de chaque unité pour en déduire les moyens humains nécessaires au fonctionnement de chaque unité et conduire le changement le cas échéant.

Il en a résulté une synthèse sur l'effectif habituel de fonctionnement par tranches horaires. En l'occurrence, 4 tranches horaires pour les Aberjoux et les Mûriers et 3 tranches pour les Iris et Pierre Brantus. Cela se traduit de la manière suivante au niveau organisationnel :

-Aberjoux-Mûriers

5h45-13h45 1 Infirmière-1 Aide soignante

6h30-14h30 1 Aide soignante- 2 Agents des services hospitaliers

13h15-21h15 1 Infirmière- 2 Aides soignantes- 2 Agents des services hospitaliers

Nuit 1 Aide soignante- 1 Agent des services hospitaliers

Sur les Aberjoux, 1 Agent des services hospitaliers est positionné au ménage sur le créneau horaire de 8h à 16h

-Iris-Brantus

5h45-13h45 1 infirmière- 2 Aides soignantes- 3 Agents des services hospitaliers dont 1 au ménage

13h15-21h15 1 Infirmière-2 Aides soignantes-1 Agent des services hospitaliers

Nuit 1 Infirmière à Brantus- 1 Aide soignante aux Iris et à Brantus et un ASH aux Iris

La particularité de Brantus à Montmirey repose sur la présence infirmière de nuit notamment pour tenir compte de l'isolement de la structure et ainsi rassurer le personnel. Cela se traduit par 7.8 ETP infirmiers pour 25 résidents ce qui engendre des coûts importants de personnel sur cette unité. Il est à souligner que la présence d'une infirmière de nuit, constitue un cas isolé pour la plupart des EHPAD en France. La question de son

maintien pourra donc se poser dans le cadre de la réorganisation. Un cadre de santé à temps plein est nécessaire également du fait de l'éloignement pour organiser le fonctionnement de l'unité. Au total sur Montmirey, 30.1 ETP réalisés pour 25 résidents ont été recensés ce qui donne un ratio d'encadrement de 1.20. La problématique envisagée sous l'aspect financier apparaît ici comme l'un des éléments pouvant s'avérer déterminant de vouloir rapprocher cette structure.

Dans ce cadre, il semble important que le directeur présente le projet aux équipes en insistant sur le fait qu'il ne souhaite nullement réduire les effectifs mais qu'il s'agit bien de répartir les postes en fonction des besoins des résidents. L'objectif reste le maintien du niveau de prise en charge tout en mutualisant les moyens. Au cours de mon stage, j'ai tenu des réunions d'informations sur chacun des sites afin de préciser ce point.

En partant de ce constat, de la volonté de regrouper les Mûriers et Brantus, tout en ayant pris soin de préciser la destination des 55 lits, un travail d'analyse des besoins humains s'est mis en place avec la cadre supérieure de l'EHPAD sous l'égide de la direction des soins. Ce travail mûrement réfléchi devait permettre d'aboutir à des propositions d'organisation de la future unité et ainsi conclure sur la possibilité éventuelle de redéployer des postes budgétés. Il s'agit ici d'indiquer les postes pouvant être « rendus » aux autorités de tarification sur la base des 97.2 ETP budgétés en 2008 sans pour autant, rappelons le, nuire à une volonté affirmée de prise en charge de qualité.

L'extension de l'unité des Aberjoux en transférant 55 lits (30 Mûriers et 25 Brantus) nécessite un effectif de 40.2 ETP budgétés composés d'un cadre de santé, de quatre infirmiers, 23 aides soignants (avec la possibilité d'en positionner 2 de nuit), 11 Agents des services hospitaliers (dont 2 de nuit) et 1.2 postes correspondant aux postes dits transversaux (cadre supérieure de santé, adjoint administratif,...). Actuellement, la répartition effectuée donne pour les Mûriers 20.5 ETP budgétés et pour Brantus 25 ETP budgétés soit au total 45.5 ETP budgétés. La réalisation du projet de regroupement permet de dégager 5.3 postes qui vont traduire des économies d'échelle et donner une marge de manœuvre non négligeable au directeur dans le cadre de ses négociations avec les autorités de tarification pour les amener à prendre le projet en considération et les inciter à subventionner.

En postes, cela se traduira concrètement par la suppression d'un demi poste de cadre de santé (-26 000 €), de six postes d'infirmiers (- 252 000 €), de 7.80 postes d'Agents des Services Hospitaliers (-234 000€) et la création de 9 postes d'aides soignantes (+ 324 000€) ce qui se traduit donc par une économie de 188 000 € répartis entre le Conseil Général et la DDASS du Jura. L'économie potentielle à réaliser pour le Conseil

Général est de 136 800 € et pour la DDASS de 51 200 € à moyens constants. Il est à noter que tous les coûts sont des coûts moyens de personnel transmis par la Direction des Ressources Humaines du CHS du Jura suite à ma demande. Au-delà de la traduction de cette démarche à destination des autorités de tarification, il faut également préciser que pour le directeur, cela se traduira par des économies de plus grande envergure lorsque l'on souligne qu'à la date du 20 mai 2008, les effectifs réellement présents s'élevaient à 24.3 ETP sur les Mûriers et 30.1 ETP sur Brantus soit un total de 54.4 à rapprocher des 40.2 préconisés. Dans le cadre d'un retour à l'équilibre financier, la position du directeur ne peut que s'affirmer en ce sens.

3.1.2 Les moyens logistiques

L'aspect logistique est un autre axe que le directeur se doit d'approfondir pour déterminer, le cas échéant, si des économies sont également réalisables sur les différents postes la composant. A cet effet, une rencontre avec la directrice du pôle logistique s'est avérée indispensable pour engager un travail en ce sens avec la participation des différents responsables techniques. Différents points ont ainsi pu être mis en avant au niveau des transports, du service environnement, du service intérieur mais également de l'énergie à des degrés différents.

Actuellement, la facturation du transport de repas et autres produits (pharmaceutiques, entretien, bureau,...) à l'EHPAD par le CHS s'élève pour Montmirey à 10 600 €. Si le rapprochement s'opère une estimation du responsable garage permet de la chiffrer à 1 700 € soit un gain de 8 900€ sur ce poste. Le service environnement également consulté ne prévoit aucune économie en cas de rapprochement car un forfait de 8 000 € est facturé à l'EHPAD. Au niveau du service intérieur, le passage de l'équipe de bio nettoyage (auto laveuse) sur les 4 sites de l'EHPAD est de 6 100 €. Un regroupement sur le site des Aberjoux, permettrait de déduire le coût du transport pour se rendre sur Montmirey ce qui permet de dégager un gain minime de 250€. Le poste énergétique, pour sa part, enregistre un surcoût de 3 500 € du fait que la structure actuelle de Montmirey est chauffée par gaz en citerne (coût annuel de 12 800€) et le rapprochement obligerait à être raccordé par le prestataire du site principal, la Société de Chauffage Combustibles Réparations Mécaniques (SOCCRAM), à des niveaux de rémunérations supérieures.

Au total, le gain estimatif serait de 5 650 € par an sur le poste logistique.

L'unité des Mûriers, déjà présente sur le site principal de Dole, ne permet pas de dégager de gains de par son transfert sur une nouvelle structure.

L'aspect financier, qui tient une place prépondérante dans ce genre de projet pour le directeur mais également les autorités de tarification, permet de déduire une économie prévisionnelle annuelle en exploitation de l'ordre de 200 000€ soit environ 3.7% du budget total. En conséquence, le directeur lors de ses négociations avec les autorités de tarification pourra s'appuyer sur ce prévisionnel pour démontrer que dans le cadre d'une subvention allouée d'1 million d'euros, un retour pourra s'opérer à 5 ans soit la durée d'une convention tripartite. Dans le cadre des négociations qui doivent se tenir avant le 31 décembre 2008 avec les autorités de tarification pour le reconventionnement, le directeur de l'EHPAD du CHS devra faire preuve de force de persuasion. La proposition de contrat mentionne la création de nouveaux postes sur les 5 ans à venir, aussi un accord de versement de subvention permettrait de geler ces postes demandés et ne pas alourdir les besoins en personnel. Il est donc impératif que les autorités se positionnent dans le cadre de la signature sur le projet architectural qui déterminera la position à adopter par l'établissement.

3.2 Le volet conception architectural en lien avec le projet de vie et les conditions de travail

L'architecture se définit comme « l'art de concevoir et de construire un bâtiment selon des règles techniques et des canons esthétiques déterminés. »¹⁴ . Nous appliquerons à cette définition l'idée d'un art spécifique car adapté à l'architecture des établissements réservés à l'hébergement de personnes âgées subissant des pertes d'autonomie.

Dans les établissements de type EHPAD, l'architecture est confrontée à une multitude de règlements, de méthodes et d'habitudes. Elle ne sert pas seulement d'enveloppe technique à la prise en charge ou l'accompagnement des personnes. En s'écartant de la réponse idéalisée, du modèle reproductible ou des archétypes d'espaces du vieillissement, l'architecture a le pouvoir de bâtir un espace de vie où nous aimerions vivre et donner envie d'habiter quelque part¹⁵. Nous voici placés devant des refontes dans la

¹⁴ *Le Petit Larousse illustré 2008*, Paris : Larousse, 2007. 1811 p

¹⁵ SALON D. «Espace privé et espace institutionnel. », *Gérontologie et Société*, n°119, 2006, pp. 25-37

terminologie utilisée, et nous devons fournir un effort sans nous préoccuper du poids des habitudes sur ce sujet au sein de nos institutions¹⁶.

La réforme de la tarification et le dispositif de qualité qui l'accompagne (le référentiel ANGELIQUE : application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements) nous rappellent toutes les prescriptions nécessaires en matière d'espaces de vie des résidents. Elles deviennent nécessaires et fondatrices dans la négociation des conventions tripartites signées par nos établissements. Le « triptyque » tarifaire soins/hébergement/dépendance reprend exactement cette exigence en termes de vie interne quotidienne du résident dans l'institution, en ce sens que la conception des espaces respecte ces dimensions. L'établissement doit constituer un lieu de vie, qui préserve l'intimité et favorise toutefois la convivialité ; être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, tout en conciliant la liberté et la sécurité pour chacun ; et être un lieu de prévention et de soins afin d'offrir aux résidents le droit aux soins auxquels ils peuvent prétendre en tant que citoyen (Arrêté du 26 avril 1999¹⁷).

3.2.1 Un volet mûrement réfléchi

Pour éviter les erreurs de conception lourdes de conséquences pour l'avenir, il est capital d'élaborer un projet réfléchi et acté. Au sein de ce processus, le projet de vie et de soins en constitue le premier maillon. Le projet de vie est la proposition d'ordonnement, de dispositions internes au service, issue d'une dynamique collective visant à traduire les modalités de prise en compte des besoins, des désirs, des attentes, des demandes de chacun des résidents avec le concours le plus large de ses acteurs et dans le cadre de principes éthiques explicités qui font prévaloir la dignité de la personne¹⁸. Quant au projet de soins, il définit les concepts et valeurs partagés par le personnel soignant quant à leurs

¹⁶ Idem. « Une architecture au service des résidents, croisement obligé entre architecture et projet de vie », Décideurs des maisons du 3ème âge, réseaux et pratiques en gérontologie, n°42, octobre-novembre 2001, p 256

¹⁷ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel de la République Française, 27 avril 1999.

¹⁸ LABOREL B., VERCAUTEREN R., Construire une éthique en établissements pour personnes âgées, érès 2004, p.12.

pratiques soignantes professionnelles. Ces projets de vie et de soins manifestent les desiderata du personnel quant à la prise en charge de la personne âgée dépendante.

C'est avec l'arrêté du 26 avril 1999¹⁹ fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle que sont édictées de véritables recommandations sur la qualité des espaces. Les espaces destinées aux personnes âgées dépendantes doivent être des lieux de vie, « préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social » ; des lieux « adaptés à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun » mais aussi des lieux « de prévention et de soins ». Si de telles recommandations apparaissent très générales, d'autres le sont moins puisque le législateur a pris soin de prescrire, outre les normes d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène, des recommandations sur chaque catégorie d'espace. Ainsi, l'espace privatif doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile et où il doit donc être possible de le personnaliser, de se l'approprier, d'y circuler. La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante²⁰ abonde dans le même sens. En effet, elle préconise dans son article 2 que l'architecture doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée, que l'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité. Selon un professionnel interviewé, il n'existe aucun type d'architecture ou caractéristiques architecturales spécifiques aux établissements médico-sociaux, et heureusement selon ses dires. L'architecture ne produit pas de « monotypie »²¹.

Le projet d'établissement et son projet médical constituent la genèse du projet architectural. Ils sont traduits à travers le programme fonctionnel et technique tout en s'inscrivant dans les réglementations propres à chaque établissement. En l'occurrence, le projet d'établissement dicte le projet architectural et non l'inverse. Le projet d'ensemble au niveau de l'accessibilité, des libertés, de la sécurité et du contrôle des circulations est l'expression du maître d'ouvrage qui se traduit dans le programme fonction et technique, document fondamental du projet qui reste le garant de la volonté du « service commanditaire » au fil du projet de construction. La nécessité de concilier espaces privés et espaces collectifs se traduit par des dispositifs architecturaux divers et variés (semi-ouverture, transparence, filtre, perméabilité...) propres à chaque situation ou plutôt propre à chaque fonction et chaque usage. Préserver un espace de vie privatif, même au sein

¹⁹ loc.cit.

²⁰ Elaborée en 1987 par la commission droits et libertés de la Fondation nationale de gérontologie et réactualisée en 1996

²¹ Propos recueillis lors d'un entretien avec un Chef de projet-Ingénieur / Programmiste

d'une vie en collectivité en garantissant un sentiment de sécurité y compris contre les agressions éventuelles d'autres résidents est l'un des objectifs à atteindre pour garantir un bon fonctionnement d'un EHPAD.²²

La place de l'utilisateur dans la conception ne doit pas être négligée, il faut l'associer dans la mesure du possible et ce dès la phase de programmation à travers un groupe de travail qui peut être thématique, ce qui en matière de santé est relativement rare. « L'architecture ne pourra répondre que si elle est étayée par une vigoureuse proposition, élaborée au nom du maître d'ouvrage avec le concours des usagers permanents ou plus occasionnels. C'est à ce seul prix que l'architecte pourra exercer sa pleine liberté de créer, de donner de la beauté, dans les dures contraintes de l'usage et des lois, normes et techniques. »²³ Le « staff » de soin et médical sous la tutelle de la direction de l'établissement sont en revanche directement associés au projet. Ce sont eux qui à travers leur connaissance du résident associent indirectement les usagers au projet. Cela permet en outre de concilier dans le projet architectural les espaces destinés au personnel et les espaces dévolus aux usagers sans restreindre les circulations ni contrarier les exigences de sécurité.

« On ne guérit pas de la vieillesse mais on peut la vivre humainement »²⁴. Les personnes âgées dépendantes ont besoin d'un lieu de vie et de soins de qualité. La quête d'architecture optimale, ou « architecture bienveillante »²⁵ passe par une première étape souvent non réalisée, oubliée ou négligée, l'analyse architecturale, mais aussi par l'optimisation de l'acte de construire ou de réhabiliter.

²² En vertu de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

²³ LAROQUE G. « Architecture et accessibilité. », *Gérontologie et société*, n°119, 2006, Editorial.

²⁴ MIAS L., DECOURT E., et coll. *Pour un art de vivre en long séjour*. Paris : Bayard Editions, 1993. 248 p. Collection infirmières d'aujourd'hui.

²⁵ CHARDONNET J-P. « L'architecture ne doit pas être la première cause de maltraitance », Oger international. 2006. Diaporama ENSP du cursus « directeur des services techniques », Février 2006.

3.2.2 Une analyse architecturale

Les bâtiments se doivent d'être organisés de façon ergonomique. La recherche de liens fonctionnels entre les bâtiments fait que certains établissements sont « monoblocs » ou « bas-reliés » (option à privilégier pour une fonctionnalité optimale et un cadre de vie agréable avec, notamment, des zones fraîches et d'autres ensoleillée). Le personnel apprécie plutôt un agencement des locaux (articulation entre les différents secteurs) permettant de ne jamais passer par l'extérieur durant le temps de travail²⁶. La construction de bâtiments séparés complique généralement les liens logistiques. Une extension des Aberjoux permettrait de répondre à cette problématique qui peut s'avérer dans la réalité un véritable frein au changement et faciliterait ainsi une nouvelle organisation contribuant au bon fonctionnement de l'institution. L'idée d'un bâtiment de plain pied apparaît primordial pour le personnel, et correspond à mon point de vue.

L'idée forte dans l'aménagement et l'agencement des espaces est de multiplier les potentialités de surveillance par le choix de locaux contigus et les transparences du lieu de vie. A titre d'illustration, une salle de soins est parfois équipée de grandes vitres donnant sur la salle à manger (exemple de Brantus à Montmirey) et sur une grande partie du couloir afin de permettre une meilleure surveillance des résidents. Cependant, ces vitres sont souvent opacifiées par l'affichage de notes de service et procédures. Il est donc recommandé de veiller à ce que ces espaces restent vierges de tous documents pour maintenir cet espace de surveillance.

L'espace jour est souvent une agora²⁷ (de 4 m² minimum à 9 m² par résident) offrant des lieux variés : coin repas, salon, attente et jeux. Cela permet d'allier économie, surveillance et convivialité. Les espaces sont surtout identifiés par des différences de luminosité et non de couleur, le changement de couleur de revêtement du sol pouvant prêter à confusion. Une bande noire au sol est fréquemment utilisée pour marquer les lieux où le résident ne doit pas aller. Le personnel est très attaché à ce qu'il n'y ait pas de rupture de couleur, ni de matière au sol²⁸. De plus, sur certains sites la taille des salles à manger est jugée trop petite et inadaptée à l'accueil de résidents en fauteuils roulants. Il faudrait probablement prévoir 2m² par résident pour tenir compte de l'espace nécessaire aux fauteuils roulants de type coquille soit dans notre hypothèse une salle à manger de 30m² pour l'unité de déments déambulants et une de 80 m² pour les 40 autres résidents.

²⁶ Enquête réalisée le 20 mai 2008 auprès du personnel de l'unité P. Brantus- Montmirey

²⁷ Place publique dans les cités de la Grèce Antique

²⁸ Ibidem

Les offices de l'EHPAD sont toutes fermés, il serait intéressant d'envisager un office ouvert permettant de se conformer aux vœux des résidents de voir le mouvement. En effet, les cuisines dites « familiales » ne sont pas forcément adaptées du fait d'une population plus dépendante psychologiquement, ou en prévention des risques sanitaires et techniques ou simplement parce que les résidents ne le souhaitent pas.

Les résidents souhaitent voir du mouvement, cela est acté²⁹. Généralement sur les sites de l'EHPAD, des chaises voire des fauteuils sont positionnés dans les lieux de passage, au croisement de couloirs, à l'entrée de l'établissement, en face du salon de coiffure, le long de la baie vitrée donnant sur le jardin... Les familles et les résidents attachent de l'importance à l'existence d'un jardin aménagé et sécurisé, même si il est vrai, qu'il est peu utilisé. Un jardin thérapeutique pourrait y être créé et une partie pourrait être accessible toute l'année avec l'installation d'abris. Les personnes âgées cherchent des endroits animés. Elles sont sensibles au fait de disposer de vues sur la rue ou les habitations. Les médecins s'accordent à dire que cela contribue à garder des repères. Les résidents aiment également suivre les mouvements générés par la logistique (cuisine, blanchisserie,...).

L'aménagement intérieur crée aussi une activité recherchée. Il est important d'étudier comment les ressources internes de la structure peuvent créer une animation quotidienne, au-delà des deux postes dont disposent actuellement l'EHPAD du CHS du Jura.

La conception même du bâtiment doit permettre une meilleure déambulation des résidents. Les halls doivent permettre des croisements entre fauteuils roulants, chariots de soins et de service. La création d'une unité de vie équipée d'espaces sécurisés suffisamment grands avec des circuits de déambulation interne et externe doit être fortement envisagée. Les grands couloirs sont à proscrire, car l'effet en est « très hôpital sans être hospitalier ». Afin d'éviter un sentiment d'isolement, il est préférable d'éviter les « culs de sac ». Les unités spécialisées dans l'accueil des personnes démentes déambulantes disposent de couloirs en boucles, qui permettent la déambulation sans gêne de ces résidents et contribuent à la prévention de la dépendance. Le hall d'entrée nécessite une attention particulière et notamment un entretien quotidien pour éviter toute dégradation.

²⁹ JULLIAN E. « Vers une architecture optimale en EHPAD. », Revue Techniques Hospitalières, n°703, mai-juin 2007, pp.59-67.

3.2.3 Les espaces intérieurs

Ces espaces intérieurs se décomposent en deux grandes parties constituées de la chambre, véritable espace privatif, et des espaces collectifs, lieux devant être appropriés par le résident pour être assimilés à son domicile.

A) La chambre : espace privatif

La question de la superficie des chambres destinées à l'usage privatif des résidents est une véritable contrainte et le sera encore plus fortement dans les années à venir. Cette question se double de la problématique de la chambre individuelle et de la limitation que souhaitent imposer les autorités de tarification en matière de chambres partagées, anciennement appelées « chambres doubles ». La chambre nécessite une « superficie suffisante » afin de pouvoir prendre en considération avant tout le problème de la perte d'autonomie de la personne et favoriser sa mobilité. A travers la question de la superficie de la chambre se noue, une autre problématique : « Les activités qui se déroulent dans la chambre sont souvent effectuées en direction de la communauté. La chambre est ainsi une coulisse préparatoire à la vie sociale. »³⁰

Sur la question des superficies, on peut relever que cette notion de surface suffisante est aujourd'hui différemment évaluée selon le type d'établissements, et pour les constructions neuves, elle devra être de 18m² à 22 m² pour une chambre individuelle et de 30 m² à 35 m² pour une chambre dite partagée. Pour les autres établissements, l'espace privé qui comprend un cabinet de toilette intégré devra avoir une superficie de 16 m² à 20 m² pour une chambre individuelle, de 22 m² à 25 m² lorsqu'il s'agit d'une chambre partagée et pour un logement doté d'une kitchenette de 20 m² à 22 m².

Nous mesurons l'importance de l'espace privatif reconnu par les autorités et dont le coût en termes de construction va s'en trouver modifié. Comme nous l'avons précisé, la préoccupation d'une limitation des chambres à 2 lits est clairement affirmée et le principe est de ne pas dépasser 5% à 10% de la capacité globale d'un établissement pour ce type de chambres soit pour l'EHPAD du CHS du Jura entre 3 et 6 chambres doubles pour

³⁰ MALLON I. Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi, Rennes : Editions presses universitaires de Rennes, 2004. p 83.

l'extension envisagée. L'enquête réalisée auprès du personnel³¹ confirme cette volonté de maintenir quelques chambres doubles pour accueillir des couples mais dans une limite respectable. De plus, toujours selon l'enquête menée auprès du personnel, les chambres doivent disposer d'une large ouverture pour faciliter le passage des fauteuils, mais également de placards (avec portes coulissantes) assez vastes pour permettre le rangement des effets personnels des résidents. L'installation de miroirs à reflet total, de plans de travail et de variateurs de lumière (pour les soins de nuit) complètent les souhaits du personnel.

Cette analyse pourrait être remise en cause compte tenu de l'insuffisance qui est la sienne dans la définition et l'utilisation de ce que l'on appelle « l'espace privatif ». En effet, cet espace comprend dans son analyse et son comparatif avec un logement traditionnel, une partie de la salle à manger et une partie des salons, qui naturellement prolongent l'espace privatif. Cette donnée pourra être mise en avant dans le cadre des discussions conventionnelles pour justifier le projet architectural.

Ainsi, les autres espaces qualifiables de collectifs doivent faire l'objet d'une appropriation par le résident pour transposer avec le logement traditionnel.

B) Les espaces collectifs, un lieu à s'approprier pour le résident

Les espaces collectifs sont à la fois les espaces de vie et les espaces de circulation. Les espaces de vie collective comprennent les lieux de restauration, de repos et de rencontre ainsi que les espaces réservés aux activités et animations. Quant aux espaces de circulation, qu'ils soient horizontaux ou verticaux (hall, couloirs, escaliers, ascenseurs), ils s'avèrent être des espaces particulièrement importants pour lesquels l'accessibilité est recherchée. Dans les espaces dits spécifiques se trouvent notamment les espaces de soins, notablement nécessaires dans le cadre de la nouvelle définition des EHPAD dans laquelle la médicalisation est désormais inscrite comme une donnée essentielle de la vie institutionnelle. Les autres espaces sont induits par le projet d'établissement et peuvent être des salons d'esthétique, des salons de coiffure, des salles de réunions diverses. L'enquête menée auprès du personnel indique la volonté de créer des salles pour les activités spécifiques comme la cuisine, les activités manuelles ou encore sportives.

³¹ Loc.cit.p.36

Les recherches se font aujourd'hui sur la qualité de vie des personnes hébergées, le respect de leurs droits, l'affirmation de leur dignité, dans une période de l'existence particulièrement troublée. Tous les sujets qui touchent à la vie quotidienne sont donc mis en avant.

En institution d'hébergement, la personne âgée se trouve dans une situation plus proche du domicile que de l'hôpital. Le paradoxe traditionnellement reconnu s'exprime dans le fait que la chambre du résident en établissement d'hébergement ressemble plus à une chambre d'hôpital qu'à un domicile privé. Pourtant, cette vision s'inverse dès lors que l'on mesure que la salle à manger collective correspond bien à une partie du domicile privé et qu'il en est de même des salons qui constituent bien un prolongement de l'appartement traditionnel d'une personne âgée.

L'inclusion de la spécificité de l'établissement en termes de service permet de mieux comprendre l'ensemble de l'analyse qui prévaut dans la compréhension de la vie institutionnelle.

Cette analyse sur l'architecture n'est pas neutre et conditionne des comportements nouveaux, tant en ce qui concerne nos résidents que nos personnels : « L'organisation et la conception de l'espace architectural a une influence directe sur le degré de liberté et de qualité de vie des personnes désorientées, mais aussi sur la charge de travail du personnel (...) »³² comme nous le verrons ultérieurement.

En résumé, tout projet doit tenir compte des grandes caractéristiques suivantes :

- espaces de vie
- luminosité
- adaptation aux personnes en perte d'autonomie

Le travail effectué dans nos établissements, et comme constaté à l'EHPAD du CHS du Jura, connaît toutefois de véritables succès, exprimés dans cette citation sous la forme d'un accueil institutionnel sécurisé : « Nos établissements ont développé la

³² DEHAN P. « Quel espace pour la prise en charge des personnes âgées désorientées ? », revue *la Lettre de l'ADHEPA*, novembre-décembre 2001, p.4.

capacité d'accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes, en proposant un accueil institutionnel sécurisé qui respecte leur dignité et leur intimité. »³³

3.2.4 Un impact sur les familles et le personnel

L'architecture a des effets sur la vie quotidienne et sur les comportements des usagers. Ainsi, évoluer dans une structure vétuste et inadaptée ou dans une structure neuve et adaptée aux enjeux actuels n'est pas anodin tant pour les résidents, leurs familles ou leurs proches que pour le personnel. L'architecture a également un impact sur la perte d'autonomie de la personne âgée dépendante. En effet, l'environnement physique impacte sur la dépendance de la personne.

Les familles ou les proches d'un résident éprouvent un fort sentiment de culpabilité en confiant leurs parents à une institution. Cet abandon forcé est ressenti comme un échec. Une structure moderne, adaptée, chaleureuse peut réduire l'angoisse légitime et la culpabilité vécue par ces derniers. A contrario, lorsque la structure donne une image dépassée ; froide ou rigide, il est plus difficile d'aider les familles à déculpabiliser. Dans la plupart des établissements y compris à l'EHPAD du CHS du Jura, il n'existe pas de locaux spécifiques pour les familles. En général, ces dernières sont reçues dans la chambre du résident (souvent lors de la période de fin de vie). La création d'une salle spécifique serait souhaitable, pour les visites, elle devrait permettre également de prendre son repas avec son parent. La proximité avec la salle de soins et de restauration collective serait souhaitable³⁴.

Outre les familles, le personnel passe une partie importante de son temps sur son lieu de travail. L'image de la structure où il évolue impacte sur sa manière de se comporter. Les EHPAD attirent moins (en règle générale) que les Centres Hospitaliers. Ce constat s'explique par le faible attrait de la gérontologie. Un important « turn over » est à signaler sur l'EHPAD du CHS tant au niveau de l'encadrement que des personnels. Or, une stabilité est indispensable pour pouvoir réfléchir sur certains aspects organisationnels et fonctionnels. L'aspect esthétique de la structure participe à la valorisation de l'image de ceux qui y vivent mais aussi de ceux qui y travaillent. Il est toujours plus agréable (et donc

³³ AMARANTINIS Th. « La prestation autonomie en institution », *Mensuel des maisons de retraite*, hors série, janvier 2001, p.37.

³⁴ Loc.cit.p.37

plus motivant) de travailler dans une structure moderne et adaptée que dans une structure vieillissante et au demeurant inadaptée, telle l'unité des mûriers. Néanmoins, le personnel en fait preuve d'une plus grande solidarité comme il en est ressorti de mes différents entretiens.

« L'architecture des locaux est fondamentale (...) Le personnel qui gravite autour de la personne âgée se trouve lui-même dans des situations parfois extrêmes pour effectuer des gestes professionnels, au demeurant simples, à l'origine de nombreux troubles ostéoarticulaires et musculaires, et parfois d'accidents du travail. »³⁵

Au delà de l'aspect architectural, l'ergonomie de la structure joue un rôle primordial. Le fait d'avoir de longs couloirs comme sur les Aberjoux ou les Iris augmentent les distances parcourues par le personnel ce qui génère une perte de temps et une fatigue du personnel évitable. Selon un architecte³⁶ rencontré en région parisienne, la mode des couloirs alignés avec les chambres est tombée en désuétude en raison de la perte de surface. Le type de structure privilégiée par le cabinet est la forme de « grappes » : un minimum de couloirs, servant aux soins par exemple, en plus des circulations est prévu entre différents pavillons ne servant qu'à l'hébergement. Le personnel de l'EHPAD, interrogé quant à lui selon la forme de structure désirée, privilégie une structure plutôt de conception circulaire avec salle à manger et salle de soins au centre.

3.3 L'accompagnement au changement

La conduite du changement est une fonction importante qui revient prioritairement au directeur. Elle apparaît primordiale dans la mesure où elle conditionne la concrétisation et la réussite du projet. Le chef d'établissement doit donc se révéler rigoureux dans sa mise en œuvre.

³⁵ AMALBERTI F. « L'ergonomie au service de la gériatrie », *Soins gériatrie*, n°31, octobre 2001, p.36.

³⁶ Propos recueillis auprès d'un architecte

3.3.1 L'approche sociologique du changement

« Seul le changement est permanent » disait le philosophe grec Héraclite. De tous temps, les différentes évolutions ont régulièrement entraîné des adaptations. Bien qu'il soit inhérent à la vie, il semble cependant être craint de beaucoup. Cependant, le changement doit-il être pour autant considéré comme un problème ? Son acceptation peut traduire une certaine appréhension notamment quant il est associé à des termes comme restructuration, délocalisation ou redéploiement.

Dans le champ de la sociologie des organisations, Crozier et Friedberg nous indiquent que « le problème du changement avait déjà été fixé par les théories marxistes d'une part, et libérales d'autre part, en tant qu'étape logique d'un développement inéluctable- ou bien comme l'imposition d'un modèle organisationnel social meilleur car plus rationnel- ou bien comme le résultat naturel d'une lutte entre les hommes. »³⁷ En fait, ils précisent plus loin : « c'est parce que le changement n'est pas naturel, mais avant tout création, invention, découverte et construction humaine qu'il constitue en fait un problème. »³⁸

Le changement serait donc avant tout une aventure humaine où la finalité serait la recherche de nouvelles coopérations. Effectivement, le changement n'est pas uniquement celui des choses, mais plus particulièrement celui des hommes dans leurs rapports les uns aux autres. Il s'agit ici de la difficulté du directeur qui manage car en l'absence de coopération entre les hommes, il sera difficile d'obtenir les bénéfices escomptés. En effet à travers mon stage de professionnalisation mais également mes expériences passées en tant qu'attaché d'administration hospitalière, j'ai pu mesurer la réelle difficulté du travail en équipe et l'importance de la dimension humaine. La mobilisation et plus encore, l'implication du personnel sont des axes essentielles de la performance de notre métier. La sensibilité est d'autant plus accrue que nous touchons un métier de services à la personne et que la composante interpersonnelle constitue un élément crucial du management. Cette refondation³⁹ se concrétise par la loi du 2 janvier 2002 dite loi de rénovation sociale qui redéfinit l'action sociale et médico-sociale et oblige « notre secteur dit vieillissant à se doter d'un second souffle. »⁴⁰ Le législateur nous conduit à ébaucher

³⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*, Paris : Editions du seuil, 1992, p.383.

³⁸ Ibid., p.393

³⁹ Terme utilisé par Dominique Gillot, secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, lors de présentation du projet de loi à l'assemblée nationale le 31 janvier 2001

⁴⁰ BAUDURET JF., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale - histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 2002, p.4.

une conception plus démocratique de l'institution et à prendre le droit comme levier de changement.

La mission confiée par le directeur général du CHS du Jura à travers la préparation de la restructuration m'a amené inexorablement à m'interroger quant à savoir introduire, initialiser et réussir le changement qui se profile et ce, au delà de la restructuration des locaux envisagée. Il s'agit de penser à l'organisation d'une stratégie et à son accompagnement. L'aspect stratégique découle de ma position de directeur stagiaire extérieur à la structure, qui analysera objectivement la situation et accompagnera le changement qui répond à une démarche d'amélioration progressive de la qualité. La loi du 2 janvier 2002 précise aux établissements sociaux et médico-sociaux le sens d'une organisation efficiente et donne les outils nécessaires à cet aménagement.

Un changement efficace et durable devra porter à la fois sur l'amélioration des processus dans l'intérêt de tous mais surtout inciter les gens à se remettre en question. Le rôle du directeur est de donner du sens ; c'est l'apport majeur de la loi de rénovation sociale qui nous amène à construire un raisonnement dont les deux termes principaux sont la priorité donnée aux droits des personnes accueillies et l'efficacité d'une organisation. Changer, c'est lancer un processus qui va impliquer actions et réactions, négociations et coopérations. Penser le changement en termes de système revient non pas uniquement à penser en termes de personnes agissantes et responsables de leurs actes, mais en termes de fonctionnement général.

3.3.2 La mise en oeuvre du changement

Un directeur est comme un chef d'orchestre chargé de mettre un ensemble en harmonie. Ce que les agents attendent d'abord de leur dirigeant, c'est de donner du sens à leur activité. Donner du sens signifie aussi bien apporter une signification qu'une direction : dire où on va, pourquoi et comment ? Outre cette fonction, le volet humain me semble un aspect fondamental à privilégier, il faut savoir mobiliser les énergies et animer des équipes. La communication est prépondérante, elle permet d'apporter un contenu mais aussi entretenir une relation, une écoute. Le mode participatif me semble à privilégier. Si chacun, à sa manière apporte une plus-value, et est responsable de la réussite, le rôle du directeur et de l'encadrement intermédiaire se révèle prépondérant.

L'engagement des salariés est un véritable enjeu pour les entreprises. Une étude réalisée par le cabinet Towers Perrin⁴¹, cabinet conseil en management des Ressources Humaines, a publié en 2007 les résultats d'une étude mondiale sur l'engagement des salariés. Menée auprès de 90 000 salariés, dans 18 pays, cette enquête est la plus importante jamais conduite sur ce sujet et montre que l'engagement des salariés repose sur une combinaison de facteurs organisationnels, professionnels et personnels que l'on retrouve dans les différentes problématiques : attraction, rétention et engagement. Selon cette étude, l'entreprise elle-même est la première source potentielle d'engagement des salariés. L'organisation, les opportunités de développement professionnel et la qualité des rapports humains génèrent l'engagement des salariés. Il s'agit d'un véritable défi pour les entreprises, transposable à mon sens aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui n'ont visiblement pas conscience de ce très fort potentiel. Il ressort que la Direction générale est le premier facteur d'engagement dans l'ensemble des pays européens y compris pour la France, mais que lorsqu'il s'agit de ses rapports avec les salariés, cette dernière est fortement critiquée. Bien qu'une grande part des salariés (40% des salariés interrogés) s'accorde à lui attribuer les succès de l'entreprise, seulement 27% estiment qu'elle partage efficacement les raisons qui motivent les décisions importantes.

En résumé, « le manager de proximité reste un grand vainqueur de cette enquête, visible, proche de ses troupes, il est perçu de façon positive par ses collaborateurs » selon Marion Marchal, consultante senior chez Towers Perrin. L'engagement des salariés est un véritable enjeu stratégique pour les Ressources humaines. Cet indicateur dépasse en effet la notion habituelle de motivation, pour mesurer le lien qui unit les salariés à leur entreprise c'est-à-dire leur adhésion à ses valeurs, leur fierté d'appartenance et leur volonté de se dépasser.

Je compte m'appuyer sur cette étude, qui est une véritable opportunité, pour mettre en œuvre les moyens nécessaires pour déceler et entretenir l'engagement des équipes. A cette fin, j'ai souhaité que les équipes me fassent part de leurs vœux quant au futur projet architectural par l'intermédiaire de leurs cadres de santé qui semblaient les meilleurs interlocuteurs pour obtenir une réelle liberté d'expression, l'objectif étant de recueillir un avis éclairé.

⁴¹ Présent en France depuis 1978, le cabinet Towers Perrin compte près de 100 collaborateurs. Au niveau international, le cabinet est présent dans 24 pays et compte 5 000 collaborateurs. Ce cabinet a pour vocation d'aider les entreprises à améliorer leur performance par une gestion optimale de leurs hommes et de leurs risques industriels et financiers.

La définition de la stratégie consiste à accompagner les cadres de santé et préparer les personnels au changement. L'encadrement intermédiaire doit être sensibilisé à une démarche participative et partenariale. Il est la clé de la réussite de la mission et celui qui connaît le mieux les équipes et qui rendra opérationnel ensuite les options entreprises. « Le changement organisationnel est une condition pour que le changement stratégique réussisse. »⁴² Aussi, il me semble primordial qu'il travaille de concert afin d'une part de sortir de leur sentiment d'isolement et d'autre part de trouver ou retrouver un nouveau sens, une cohésion à leur management. Le cadre de santé trouve parfois difficilement les solutions managériales adéquates notamment dans un contexte de surcharge de travail où il est amené à gérer plus souvent la pénurie. Les cadres restent des hommes, leurs interprétations conditionnent, comme tout à chacun, leurs façons de réagir dans la vie quotidienne. « Ils ont souvent pensé qu'ils devaient avoir réponse à tout. Ils ne s'autorisent pas à douter »⁴³ nous indique Corinne Brenne, psychosociologue à la Commission Générale d'Organisation Scientifique (CEGOS). Le changement représente pour eux l'acceptation d'une remise en cause d'une partie de leurs modes de travail et également de leurs fonctionnements personnels.

Après avoir écouté l'analyse de la situation, j'ai donc pris soin de bien expliquer aux cadres de santé et à la cadre supérieure de l'EHPAD, les motivations de ce changement pour les faire adhérer et ainsi leur permettre de redescendre les informations aux personnels avant de recueillir leurs avis. Le résultat des entretiens est globalement positif, le personnel ayant fait remonter ses souhaits en se sentant impliqué dans la conduite du projet et donc globalement satisfait de ce mode participatif. Sur cet aspect, je suis satisfait d'avoir trouvé des cadres à l'écoute, la communication étant un vecteur capital dans ce genre de projet.

La communication est indispensable au manager d'aujourd'hui et de demain, communiquer c'est d'abord savoir écouter. « La communication interne étant avant tout un dialogue, un échange, elle ne se réduit pas à la simple transmission de messages, mais consiste d'abord en l'écoute. Lorsque dans une direction ou un service, les agents se plaignent d'un manque de communication, il apparaît bien souvent que cette insatisfaction ne repose pas sur un manque d'informations mais sur une insuffisance d'écoute. »⁴⁴

⁴² GODELIER E. « Le changement dans les entreprises : crise ou mutation ?- Alfred Chandler contre Andrew Pettitgrew », *Revue française de gestion*, 1998, n°120, pp.24-36.

⁴³ Revue CADRES, courrier du 21 au 27 avril 2000

⁴⁴ ALECIAN S., FOUCHER D. « Le management dans le service public », Editions d'organisations, Paris, nouvelle collection 2002, p.104.

Cependant, il faut garder à l'esprit qu'un processus de changement est lent et nécessite du temps et de la maturation. Le changement est certes, en route, mais il va falloir prolonger ce travail, le faire vivre, l'animer sinon il finira comme lettre morte. Jean-René Loubat, psychosociologue, et consultant auprès des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux explique que « si le changement n'est pas facile à générer, il est encore plus difficile à gérer »⁴⁵.

⁴⁵ LOUBAT JR. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1997, p.5.

Conclusion

L'accueil d'un élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social en charge de l'EHPAD est une nouveauté au CHS du Jura. Ce choix avait pour objectif d'impulser une vision gérontologique dans la structure tout en travaillant sur des missions bien précises que constituent le reconventionnement et le projet architectural de regroupement des sites de l'EHPAD. Ces missions s'inscrivent pleinement dans celles dévolues à un directeur d'établissement. Les personnels attendent de lui qu'il donne un sens à leur travail mais également la direction ou aller et favorise leur participation. Ce dernier aspect permet au personnel de vivre le changement et non le subir. Le directeur a un rôle capital à jouer au niveau de l'organisation car il est le garant de son efficacité et de son efficience pour une prestation de qualité à l'attention des usagers.

L'étude réalisée a permis de confirmer que l'unité les Mûriers ne répond plus à ce qu'il est légitime d'attendre d'un EHPAD au XXI^e siècle, cette structure n'offrant ni accessibilité, ni confort optimal. Quant à l'unité « Pierre Brantus » située à Montmirey, son éloignement géographique (distant de 25 kilomètres du site principal de Dole) impliquait que le scénario retenu permette de rapprocher cette structure comme le préconise le Conseil Général et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Jura.

Après avoir déterminé le site le plus adapté à accueillir le regroupement de ces sites et l'orientation à donner à ces lits, encore fallait il démontrer un intérêt financier à la réalisation de ce projet, qui nécessite bien entendu pour se concrétiser l'appui des autorités de tarification. Une mutualisation des moyens humains et logistiques en adéquation avec le projet de vie et de soins du résident permet de réaliser à moyen terme des économies d'échelle sans pour autant dégrader les conditions de travail du personnel. Bien au contraire, un projet architectural cohérent avec les objectifs recherchés de toutes parts doit permettre de satisfaire les parties en présence et se transformer en vecteur efficient de la prise en charge du résident.

Il s'agit ici de convaincre notamment en premier lieu les autorités de tarification du bien fondé de la réalisation de ce projet, qui après validation, doit être approfondi pour permettre le montage d'un dossier à présenter en Comité régionale d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). En second lieu, les partenaires sociaux, le personnel et les usagers doivent être directement associés à ce projet par le directeur pour démontrer les bienfaits de la réalisation et aboutir à un projet mûrement réfléchi et adapté aux besoins des personnes âgées du territoire de santé de Dole. La conduite du changement par le directeur apparaît donc comme un élément crucial pour mener à terme ce projet.

En guise de conclusion, l'analyse que je peux tirer de cette expérience professionnelle laisse apparaître un besoin important de communication avec les différents protagonistes qu'ils soient internes ou externes à la structure. Pour autant, les cadres intermédiaires et le médecin coordonnateur me semblent adhérer à ce projet et doivent permettre de faire avancer le projet de manière significative. Le directeur dispose ici de forces vives sur lesquelles se reposer mais le processus de changement est long, il faut s'armer de patience. Cependant, les différents arguments mis en avant doivent permettre d'atteindre cet objectif prépondérant dans le devenir de l'EHPAD du CHS du Jura, le multi sites démontrant ses limites essentiellement dans un contexte budgétaire difficile.

Bibliographie

Textes législatifs

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. - Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} juillet 1975.

Textes règlementaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2007. - Décret n°2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} novembre 2007.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999. - Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal officiel de la République Française*, 27 avril 1999.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Circulaire DHOS/02/DGS/SDSD/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Ouvrages

- ALECIAN S., FOUCHER D. *Le management dans le service public*, Paris : Editions d'organisations, nouvelle collection 2002. 446 p.
- BAUDURET JF., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale : histoire d'une refondation*, Paris : Dunod, 2002. 342 p.
- BRAMI G. *Le nouveau fonctionnement des EHPAD*. Paris : Etudes Hospitalières, 2006. 355 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*, Paris : Editions du seuil, 1992. 500 p.
- LABOREL B., VERCAUTEREN R., *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne : Erès, 2004. 231 p.
- LAROQUE G. *Architecture et accessibilité*, *Gérontologie et société*, n°119, 2006, Editorial. 233 p.
- LOUBAT JR. *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 1997. 264 p.
- MALLON I. *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*. Rennes : Editions presses universitaires de Rennes, 2004. 300 p.
- MIAS L., DECOURT E., et coll. *Pour un art de vivre en long séjour*. Paris : Bayard Editions, 1993. 248 p. Collection infirmières d'aujourd'hui.
- *Le Petit Larousse illustré 2008*, Paris : Larousse, 2007. 1811 p.

Articles

- AMALBERTI F. « L'ergonomie au service de la gérontologie ». *Soins gérontologie*, octobre 2001, n°31, p. 36.
- AMARANTINIS T. « La prestation autonomie en institution ». *Mensuel des maisons de retraite*, janvier 2001, Hors série, p. 37.
- BERTIN B. « L'architecture au service de résidents désorientés. », *Directions*, n°46, novembre 2007, pp. 18-19.
- CHARDONNET JP. « L'architecture ne doit pas être la première cause de maltraitance », *Oger international*. 2006. Diaporama ENSP du cursus « directeur des services techniques », Février 2006.
- CHARDONNET JP. « Hébergement des personnes âgées ou dépendantes Quelques principes fondamentaux de conception. », *Gestions hospitalières*, n°472, Janvier 2008, pp. 48-51.
- DEHAN P. « Quel espace pour la prise en charge des personnes âgées désorientées ? ». *La Lettre de l'ADHEPA*, novembre-décembre 2001, p 4.

- GODELIER E. « Le changement dans les entreprises : crise ou mutation ? - Alfred Chandler contre Andrew Pettitgrew », *Revue française de gestion*, 1998, n°120, pp. 24-36.
- HOVASSE E. « Du domicile à l'institution : pourquoi, quand, ou, comment ? ». *Revue de gériatrie*, 2004, n°29, pp. 5-7.
- MAILLARD P. « Comment créer et faire vivre une unité Alzheimer en maison de retraite ? », *Revue de gériatrie*, 2004, n°29, pp. 15-18.
- RAINFRAY M., et al. « Recommandations pour les EHPAD accueillant des patients atteints de maladies d'Alzheimer (ou syndromes apparentés). Consensus du Cercle Aquitaine Alzheimer. », *Revue de gériatrie*, 2006, n°1, pp. 5-10.
- SALON D. « Une architecture au service des résidents, croisement obligé entre architecture et projet de vie ». *Décideurs des maisons du 3ème âge, réseaux et pratiques en gérontologie*, octobre-novembre 2001, n°42, p. 256.
- SALON D. «Espace privé et espace institutionnel. », *Gérontologie et Société*, n°119, 2006, pp. 25-37.
- SOUCHON S. et al. « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? », *Gérontologie et Société*, n°119, 2006, pp. 75-84.

Thèses et mémoires

- MOURET J. *L'architecture au service de l'accompagnement de la personne âgée dépendante*. Mémoire de DESS : ENSP, 2006. 65 p.
- PORTANGUEN S. *Pour une éthique du projet architectural. Exemple de la construction du Centre d'accueil Gériatrique de Parc Er Vor*. Mémoire de DESS : ENSP, 2002. 74 p.

Sites internet

Plan présidentiel Alzheimer 2008-2012 [en ligne]. Premier ministre. Portail du gouvernement, 2008 [consulté le 31 mars 2008]. Disponible sur : http://www.premier-ministre.gouv.fr/information/les_dossiers_actualites_19/plan_presidentiel_alzheimer_2008_943/

Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009 [en ligne]. Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, 2007 [consulté le 15 janvier 2008]. Disponible sur : http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

Liste des annexes

Annexe n° 1 Localisation géographique des unités de l'EHPAD du CHS du Jura

Annexe n° 2 Plan directeur du CHS du Jura

Annexe n° 3 Répartition des effectifs par unité de l'EHPAD du CHS du Jura

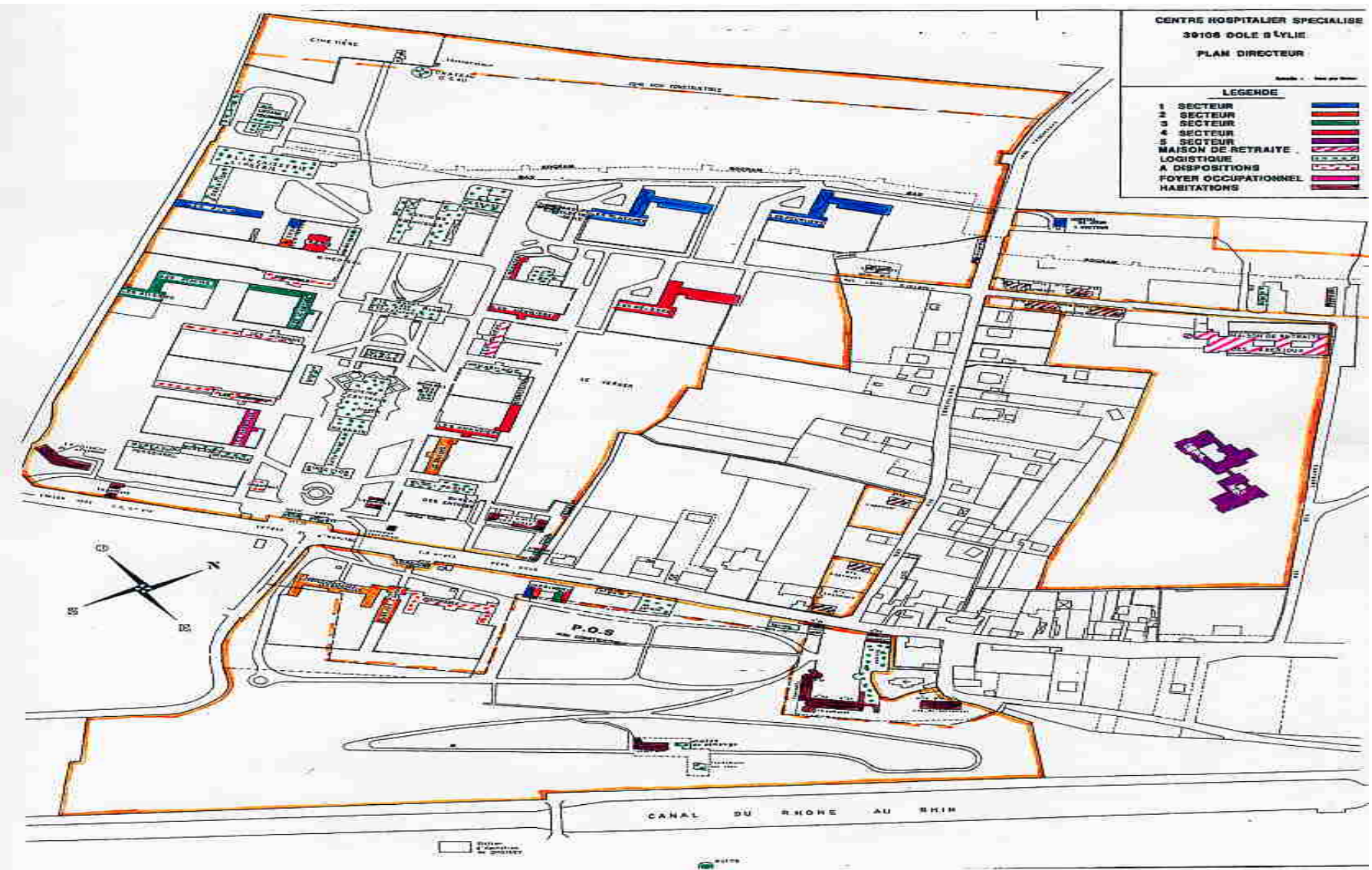
Annexe n° 4 Grille d'entretien à destination des architectes

Annexe n° 1

STRUCTURES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES

**Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
(E.H.P.A.D.) du CHS DU JURA**





Annexe n°3
REPARTITION DES EFFECTIFS PAR SITE
EHPAD-CHS DU JURA

	Aberjoux		Mûriers		Iris		Montmirey		Total		Ecart
	Théorique Budgété	Réalisé	Théorique Budgété	Réalisé	Théorique Budgété	Réalisé	Théorique Budgété	Réalisé	Théorique Budgété	Réalisé	
Cadre Supérieur de santé	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1	1	0
Cadre de santé	0,5	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	3	3	0
Infirmier	4	4	3	3,8	4	4	7	7,8	18	19,6	+ 1,6
Aide Soignant	8,5	12,5	6	8,8	8,5	12,6	8	9	31	42,9	+ 11,9
A.S.H	10	11,2	9,8	9,6	10	8,8	9	10,5	38,8	40,1	+1,3
Adjoint administratif	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	2	2	0
Animatrice	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1	1	0
Aide animatrice CAE	0	0,25	0	0,25	0	0,25	0	0,25	0	1	+1
C.A.E	0	1,5	0	1,6	0	2,5	0	1,8	0	7,4	+7,4
Psychologue	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,5	0,5	0
Pédicure	0,1	0	0,1	0	0,1	0	0,1	0	0,4	0	-0,4
Médecin coordonnateur	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,5	0,5	0
Ergothérapeute	0,25	0	0,25	0	0,25	0	0,25	0	1	0	-1
Total	23,5	29,7	20,5	24,3	23,5	28,9	25	30,1	97,2	119	+21,8
GMP 2007	688		556		731		870		701		
PATHOS au 1/10/06	6,55		4,77		10,45		6,33		7,3		

PATHOS= Nombre moyen d'états pathologiques par résident

Annexe n°4

Guide d'entretien - architectes

Information préalable et présentation de l'étude :

Rappeler l'anonymat de l'entretien au regard de l'utilisation de ses contenus mais non de la personne interviewée – information relative à l'utilisation de cette étude professionnelle :

- Recueillir des témoignages et expériences de professionnels de l'architecture relativement aux différents modes de conception, d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi d'un projet architectural et de la réalisation de travaux dans ces secteurs. Interroger ces personnes quant à leurs analyses relativement au projet architectural de terrains d'étude particuliers, notamment quant à la manière dont ils appréhendent l'articulation souhaitable entre ce projet architectural et le projet d'établissement ou de service.

Rappeler l'objectif du travail et présenter le déroulement de l'entretien :

- étude sur l'élaboration d'un projet architectural d'un EHPAD

QUESTIONS

1- Selon vous, existe-t-il un type d'architecture et/ou des caractéristiques architecturales qui seraient spécifique aux établissements ou services sociaux et médico-sociaux ?

1-a Si oui, lesquels ?

1-b Qu'en pensez-vous ?

2- D'après votre expérience, quels sont les éléments importants et les contraintes à intégrer dans le projet architectural d'un établissement sanitaire et social (type EHPAD) ainsi que les difficultés à éviter dans sa conception et sa réalisation ?

3- Dans quelle mesure les logiques architecturales à l'œuvre dans la construction d'un établissement médico-social et/ou social public peuvent-elles être déterminées en amont et être tributaires continûment de l'évolution du projet d'ensemble d'un établissement ou d'un service commanditaire (accessibilité, liberté, sécurité et contrôle des circulations et contrôle internes et externes...) ?

4- Le projet architectural peut-il d'après vous orienter le projet d'un établissement ou d'un service commanditaire ?

4-a Comment ?

5- D'après votre expérience, comment les établissements médico-sociaux et sociaux semblent-ils être bâtis quant à l'aménagement du bâti (par pôles d'activité, d'après un regroupement par discipline, par type de population, par organes et spécialités, par mode de prise en charge ou d'accompagnement, selon les flux inhérents à l'accueil, autres) ?

5-a Qu'en pensez-vous ?

6- Comment peut-on concilier espaces privés et espaces collectifs pour les usagers dans le projet architectural d'un établissement sanitaire et social ?

6-a Comment peut-on mettre l'utilisateur au cœur d'un projet architectural ?

7- Comment peut-on concilier dans le projet architectural les espaces destinés au personnel et d'autre part les espaces dévolus aux usagers sans restreindre les circulations ni contrarier les exigences de sécurité ?

8- Après présentation succincte du projet architectural suivant (contexte, procédures, plans), pouvez-vous nous faire part de vos remarques et recommandations éventuelles à toutes fins utiles ?

Merci d'avoir bien voulu participer à la présente étude que nous tiendrons à votre disposition si vous le souhaitez.