

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**CONDUIRE LE REGROUPEMENT D'EHPAD POUR UNE
AMÉLIORATION DE L'OFFRE DE SERVICE DANS LE CADRE
D'UNE INTERCOMMUNALITÉ**

Isabelle HENRY

CAFDES

2007

Remerciements

A Monsieur Claude HERVIER, Directeur de la DDASS du Loir et Cher jusqu'au 7 novembre 2006, date à laquelle il est décédé.

Alors que j'étais sans emploi, en démarche de reconversion professionnelle, il m'a fait confiance et m'a apporté son soutien. Grâce à lui, j'ai pu commencer une nouvelle carrière professionnelle en travaillant à la DDASS puis dans mon poste actuel.

Je lui serais toujours gré de sa disponibilité, de sa sollicitude et de sa simplicité dans nos contacts.

Il m'a donné envie de faire ce métier, je lui en suis profondément reconnaissante.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 ORIGINES ET ENJEUX DU PROJET	3
1.1 Le défi de la fermeture d'un établissement	3
1.1.1 Infrastructure des établissements concernés	3
1.1.2 De la maison de Retraite à L'EHPAD	5
1.1.3 Une infrastructure adaptée à la population accueillie	8
1.1.4 Les différents scénarii face à la crise.....	12
1.2 Une Communauté de Communes promoteur d'un établissement médicosocial	14
1.2.1 Emergence d'un promoteur atypique : sa nature et ses caractéristiques	14
1.2.2 L'engagement des tutelles et le rôle des directeurs des établissements existants	17
1.2.3 De la légitimité d'un EPCI pour la conduite d'un projet à caractère médico- social	17
1.2.4 La direction d'un établissement comme gage de crédibilité	18
1.3 – Des établissements différents appelés à « fusionner » pour créer une nouvelle structure	22
1.3.1 Les caractéristiques administratives, humaines et techniques des établissements confrontés au regroupement.....	22
1.3.2 Les atouts du projet et les freins au changement	25
1.3.3 La conduite du changement.....	28
2 DU PROJET DE CONSTRUCTION A L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT	30
2.1 L'élaboration du projet architectural en cohérence avec un projet de vie d'établissement	33
2.1.1 Les Principes qui ont présidé à la conception du bâtiment.....	33
2.1.2 Le projet de vie du nouvel EHPAD	39
2.2 Place et rôle des différents acteurs et instances intervenant dans le projet	49
2.2.1 Le Maître d'ouvrage et son équipe	49
2.2.2 Le comité de pilotage.....	51
2.2.3 Le CIAS.....	52
2.3 Le management du projet	56

2.3.1	Trouver un équilibre entre nos ambitions et les moyens disponibles	56
2.3.2	Le chantier de construction	59
2.3.3	L'organisation administrative et fonctionnelle	60
2.3.4	Le personnel	62
2.3.5	Le déménagement.....	69
CONCLUSION		71
BIBLIOGRAPHIE		73
LISTE DES ANNEXES.....		I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe ISO-Ressources
AMP	Aide Médico – Psychologique
ANFH	Association Nationale pour la Formation Hospitalière
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APS	Avant Projet Sommaire
APD	Avant Projet Définitif
AS	Aide – Soignant
ASHQ	Agent de Service Hospitalier
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCSE	Communauté de Communes de la Sologne des Etangs
CCTP	Cahier des Clauses Techniques Particulières
CIAS	Centre Inter Communal d'Action Sociale
CNFPT	Centre National de formation de la Fonction Publique Territoriale.
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médicosociale
DCE	Dossier de Consultation des Entreprises
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ETP	Equivalent Temps Plein
FCTVA	Fond de Compensation de la TVA
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GIR	Groupe ISO Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SEM	Société d'Economie Mixte

Introduction

Lorsque la direction de la maison de retraite « La Providence » me fut confiée en 2005, je faisais mes premiers pas dans cette fonction, et découvrais en même temps le quotidien d'un tel établissement. La maison n'est pas bien grande (27 résidents et 15 « agents ») et est appelée à fermer à court terme (moins de cinq ans) les places étant transférées vers un nouvel établissement à construire.

Outre la direction de l'établissement, mon employeur (La communauté de Communes de La Sologne des Etangs) me proposa une mission de chef de projet pour la conduite du projet de création du « futur EHPAD ». Il s'agissait donc, pour moi, d'organiser la fermeture de deux établissements (celui dont j'ai la direction et un autre de 75 places) pour en créer un troisième, qui accueillerait une partie des résidents (85 places). Au moment où je pris ces fonctions, la démarche d'étude préalable au projet avait déjà été conduite. La décision de construire plutôt que de réhabiliter était arrêtée. Là commençait mon travail.

La priorité : investir ma fonction de directrice. J'avais presque tout à apprendre et surtout à comprendre. La population dont j'avais la responsabilité, les personnes âgées, m'était inconnue. Les premiers contacts avec la dégradation physique et la mort furent déstabilisants. J'appris à les apprivoiser en m'attachant à mieux connaître les personnalités et sensibilités de ces êtres fragiles. Cette vulnérabilité m'aida à prendre la mesure de mes nouvelles responsabilités. Il m'apparut prioritaire de tout mettre en œuvre pour offrir à chaque personne, la possibilité de ressentir encore du bien-être, en terminant sa vie dans un environnement chaleureux et bienveillant : mettre la bien traitance au cœur des pratiques professionnelles.

En tant que chef de projet, je me devais de mesurer les attentes, les enjeux, les craintes, les représentations générés par la construction d'un EHPAD, et cela auprès des différents acteurs. Pour le maître d'ouvrage et futur gestionnaire cette opération avait pour but d'affirmer la place des élus dans la gestion des maisons de retraite et de montrer une capacité à faire. La conception du bâtiment était prioritaire, le projet d'établissement ignoré. L'EHPAD devint très vite la vitrine de la communauté de Communes. Les résidents, les personnels et les familles étaient obligés au changement sans en connaître la mesure : l'inquiétude était grande. Pour la calmer, l'urgence était de définir, en toute transparence et en concertation, les contours du projet pour lever au mieux les zones d'incertitudes.

Pour conduire le changement, j'ai, dans un premier temps, analysé le contexte, l'origine du projet en articulation avec l'environnement réglementaire mais aussi avec les enjeux de pouvoir. J'ai également appréhendé ce qui motivait concrètement (état des bâtiments) et stratégiquement (position de la communauté de communes) le choix de construire plutôt que de rénover, avec comme maître d'ouvrage, une collectivité locale. Il m'est rapidement apparu que le changement était imposé aux principaux acteurs, le projet étant conduit, à l'origine, sur un mode managérial. Le modèle managérial est défini par Véronique Perret ainsi : « le changement est le résultat d'un processus délibéré visant à faire passer l'organisation, d'un état constaté 1 à un état désiré 2 » Il se caractérise comme étant « un processus radical en rupture avec les conduites et les valeurs passées et promouvant l'instauration d'un nouvel ordre des choses. » Le président de la Communauté de Communes, initiateur du projet, s'est positionné comme leader ayant une conduite caractérisée par « une forte intentionnalité, la volonté de mobiliser autour d'une vision et de faire accepter la transformation ». En tant que directrice et chef de projet, j'ai maintenu la ligne « modèle managérial » attendu par les élus et tutelles en instillant de plus en plus, avec l'avancement du projet, « le modèle de l'apprentissage ». Il se définit par le fait que « Le changement est le résultat d'un processus collectif au cours duquel l'organisation élabore, expérimente et s'applique les nouvelles données organisationnelles ». En mettant en œuvre des groupes de travail et un comité de pilotage, j'ai voulu m'inscrire dans « un processus de construction collective où des formes transitoires et locales définissent la configuration globale et finale du changement »¹

La problématique que je développe repose donc sur la conduite d'un projet architectural qui, au final, devra être au service de l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'établissement centré sur la qualité de vie des résidents.

Dans une première partie, j'aborderai tous les aspects de la situation complexe dans laquelle j'ai pris mes fonctions, en rappelant le diagnostic déterminant déjà réalisé au regard du contexte réglementaire. Je m'attacherai également à définir la place et le rôle des acteurs dans le contexte d'un changement majeur. Après avoir rappelé par un schéma, le processus de conduite du projet, j'en exposerai dans une deuxième partie l'essentiel du contenu sur le plan architectural et institutionnel. Je développerai enfin, l'action menée par les différents partenaires et les conditions de mise en fonctionnement de l'EHPAD, jusqu'à son ouverture.

¹PERRET V. Extraits du cours donné en formation CAFDES sur « La conduite du changement » ITS de Tours. 2007.

1 ORIGINES ET ENJEUX DU PROJET

« L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité. »

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Cet objectif, ambitieux mais légitime, a été négligé pendant longtemps par les établissements anciens car il ne s'imposait pas comme indispensable au regard des investissements financiers nécessaires à sa réalisation. Les directeurs d'établissements vétustes, dont je suis, ont, sans doute, mis au centre de leurs préoccupations, le développement d'une vie quotidienne agréable en dépit d'un environnement pénalisant.

1.1 Le défi de la fermeture d'un établissement

En zone rurale, une maison de retraite représente, au delà du service rendu à la population, une source d'activité importante, tant par les emplois qu'elle draine que par les répercussions économiques qu'elle génère. L'annonce de la fermeture d'un établissement, fut-il de petite taille, dans une commune de 350 habitants crée un certain émoi. C'est dans ce contexte que j'exerce ma première expérience de directeur, expliquant une décision arrêtée avant ma prise de fonction, m'assurant du service rendu et rassurant sur un avenir dont certains aspects restent encore confus.

Préalablement, Il me paraît important, bien que n'étant pas encore en poste alors, de rendre compte du diagnostic et du processus de décision qui ont été à l'origine du projet de « restructuration ».

1.1.1 Infrastructure des établissements concernés

La Communauté de Communes de la Sologne des Etangs est composée de 11 communes et regroupe 7009 habitants dont 12% ont plus de 75 ans.

Il existe actuellement trois maisons de retraite sur le territoire de la communauté de communes pour une capacité d'accueil totale de 152 places, soient :

- une à Neung sur Beuvron, d'une capacité de 75 places autorisées, construite en 1956 et rénovée de 1983 à 1986
- une à la Marolle en Sologne, d'une capacité de 27 places autorisées, construite en 1924 et rénovée en 1975
- une à Yvoy le Marron, d'une capacité de 50 lits construite en 1994

Or, en 2003 la maison de retraite de La Marolle en Sologne, que je dirige depuis 2005, est menacée de fermeture pour des raisons d'hygiène et de sécurité. Si la menace est moins immédiate pour l'établissement de Neung sur Beuvron, on constate de plus en plus, une inadaptation des locaux au regard des niveaux de dépendance des résidents. Cela se traduit par une dégradation de la qualité de vie des personnes accueillies et une détérioration des conditions de travail des personnels.

La communauté de Communes de la Sologne de Etangs, soucieuse de maintenir la capacité et la qualité des structures d'accueil pour les personnes âgées présentes sur le territoire, mandate en 2004, un cabinet d'étude pour réaliser une étude de faisabilité opérationnelle concernant l'évolution architecturale des maisons de retraite de Neung sur Beuvron et La Marolle en Sologne. Il s'agit, plus spécifiquement, d'étudier les possibilités de la mise en œuvre d'une restructuration/extension des bâtiments face aux contraintes suivantes : Humanisation générale des lieux d'hébergement et de vie ; Création de lieux d'animation ; Rapprochement et réorganisation des espaces logistiques (cuisine, blanchisserie, atelier) ; Réhabilitation générale des équipements techniques.

Ceci devant entraîner, notamment, des besoins croissants en espace d'hébergement et en lieux de vie/animation, il est alors indispensable d'établir une définition des besoins et contraintes, un recensement des contraintes du site et une étude de faisabilité et d'estimation du coût de l'opération. Après étude, les dysfonctionnements rencontrés se sont avérés similaires d'un établissement à l'autre, et paraissent toucher des domaines bien précis. J'en fais ici une synthèse à partir du rapport d'étude.

L'hébergement :

Les circulations sont peu éclairées et les ruptures de niveau entre le bâtiment ancien et celui de construction plus récente rendent difficiles les déplacements ne facilitant pas la participation aux activités ;

Certaines chambres sont petites et sombres et ne bénéficient pas de sanitaires ni de lavabos privés.

L'ensemble des chambres des établissements ne répond plus aux normes en vigueur ni à la demande de confort accrue (surface inférieure à 20 m² et absence de douches pour un grand nombre)

La cuisine restauration

La salle à manger est trop petite et le mobilier mal adapté à l'usage de fauteuils roulants. La disposition des éléments de préparation des repas, de la plonge, du stockage des déchets, ne répond pas aux normes sanitaires actuelles. Dans le cas de l'établissement de la Marolle en Sologne, les services vétérinaires risquent même de demander sa

fermeture, si rien n'est fait. Par ailleurs, les réserves sont trop petites, non-conformes et non situées à proximité immédiate du lieu de production. L'ensemble de cette unité souffre d'un manque d'espace et de fonctionnalité. De plus, il n'y a pas d'accès spécifiques pour les livraisons (risques pour la circulation piétonnière).

Le personnel ne dispose pas de vestiaires, ni de sanitaires adaptés et conformes au code du travail.

L'animation

Peu d'espaces sont dédiés aux activités d'animation à destination des résidents. Les seuls existants ne sont pas forcément adaptés, conviviaux et calmes. Les quelques lieux d'animation sont trop éloignés des chambres.

Les espaces dédiés à l'administration et au secrétariat sont peu accueillants et mal adaptés.

Les couloirs sont trop étroits et rendent difficiles la circulation et le croisement de lits.

Les sites souffrent d'un manque de sûreté sur la voie publique.²

1.1.2 De la maison de Retraite à L'EHPAD

L'état des lieux, ainsi résumé, traduit clairement l'évolution de la conception et des moyens exigés pour une prise en charge des personnes âgées, correspondant aux obligations réglementaires. Il s'agit bien là, de la traduction de la difficulté, tant pour les professionnels de terrain que pour les familles et les résidents, de passer du concept de maison de retraite à celui d'EHPAD. En effet, ce concept de maison de retraite, bien que malmené par différentes lois et mesures, n'a toujours pas disparu. Preuve en est, la méconnaissance des résidents, de leur famille, mais aussi de bon nombre d'administrations et de services, du terme d' « EHPAD ».

La loi de Juin 1975, en introduisant la médicalisation des maisons de retraite a pourtant été à l'origine d'une première révolution culturelle. De même, le programme de MAPA (Maison d'Accueil pour Personnes Agées) et MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes), lancé en 1984 et 1986 avait pour enjeu de faciliter la construction d'établissements neufs plus en conformité avec les attentes du public et les besoins des personnes âgées. Il était préconisé l'augmentation des surfaces et du confort des chambres dotées de sanitaires. Il s'agissait également, pour la première fois, de doter les établissements d'espaces collectifs destinés à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Enfin,

² Etude de faisabilité réalisée par la SELC (Société d'Équipement du Loir et Cher) en mars 2004.

les établissements devaient, à leur ouverture, être médicalisés à hauteur de 30 à 80 % de la population d'accueil. On observera que les caractéristiques de ce programme ont été reprises comme référence pour la construction ou la transformation des établissements hébergeant des personnes âgées, jusqu'à la publication de l'arrêté du 26/04/1999, modifié par l'arrêté du 13/08/2004 qui définit le programme des EHPAD. Ce programme s'inscrit dans une réforme visant la tarification des EHPAD. La loi du 24 janvier 1997, modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, instaure la réforme de la tarification des EHPAD. Pour qu'un établissement ait l'autorisation d'accueillir des personnes âgées dépendantes, il doit avoir signé une convention avant le 31 décembre 2007. Cette convention doit être signée par l'organisme gestionnaire de l'établissement, le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. L'objet assigné par la loi à cette convention est de :

- définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à cette dernière, en accordant une attention particulière au niveau de la formation du personnel,
- préciser les objectifs assignés aux prestations assurées par l'établissement et les modalités de leur évaluation.

La signature de la convention tripartite engage l'établissement dans une démarche d'assurance qualité destinée à garantir à toute personne âgée dépendante accueillie, les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. La qualité de l'accueil s'apprécie à travers cinq axes de progrès

Premier axe : La qualité de vie des résidents. Celle-ci est définie à travers les objectifs suivants :

- Maintenir les liens familiaux et affectifs de résidents,
- préserver un espace de vie privatif,
- concilier sécurité et liberté d'agir et de circuler (concerne particulièrement les personnes désorientées),
- préserver les repères identitaires,
- permettre l'accès aux moyens de communication et aux médias,
- encourager la socialisation,
- et enfin apporter les aides nécessaires à la vie quotidienne.

Pour cela, il importe que le projet institutionnel existe, dans la mesure où il constitue le levier majeur permettant d'atteindre ces objectifs. Nous désignons par cette expression, un document récapitulatif permettant d'objectiver et de rendre lisible le projet de vie et le projet de soins de l'établissement. Le premier renvoie à une démarche participative permettant de définir ou redéfinir les finalités et objectifs assignés aux prestations d'accueil, d'accompagnement et de soins dispensés par l'établissement. L'organisation de

ces prestations et de la vie quotidienne de l'établissement devra être conçue de manière à être en conformité avec les intentions préalablement énoncées. Le second précise les finalités et les objectifs assignés aux prestations de soins, dispensées dans l'établissement, autant par le personnel soignant de l'établissement que par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux extérieurs à l'établissement. Sont également formalisées les modalités d'organisation des soins et les protocoles développés. Le projet de soin est défini par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur en conformité avec les orientations du projet de vie de l'établissement et devra être adopté par les praticiens libéraux intervenant à l'établissement. Il doit également préciser les modalités de coopération avec les établissements de santé les plus proches et de participation à la coordination gérontologique locale.

Deuxième axe : La qualité des espaces

Les espaces privatifs doivent être individuels, personnalisables par des bibelots et du mobilier, accessibles aux personnes à mobilité réduite. Ils doivent aussi permettre confort et habitabilité en offrant des surfaces de 18 à 22 m² (sanitaires complet compris) pour les établissements neufs. Les espaces collectifs quant à eux, doivent comprendre des espaces de vie (salle à manger, salles de repos et de rencontre, salles d'activités et d'animation), des espaces de circulation accessibles et lumineux, des espaces de soins. L'ensemble des espaces doit par ailleurs répondre aux normes d'hygiène alimentaire et hôtelière, aux normes de sécurité incendie et aux recommandations relatives au rafraîchissement des locaux.

Troisième axe : La qualité des relations avec les familles

L'objectif à atteindre vise la préservation des relations sociales et familiales. Pour cela, deux impératifs doivent être respectés. Le premier est de mettre en place les procédures pour recueillir les attentes des usagers. Le second est d'ouvrir l'institution aux familles en favorisant la participation des familles à la vie de l'établissement, en prévoyant des chambres d'hôtes, en organisant des actions de soutien psychologique aux familles et en faisant vivre le conseil de la vie sociale.

Quatrième axe : La qualité des personnels exerçant dans l'établissement

La qualité de service passe par le développement des aspects de management et de formation. Il s'agira donc d'organiser de manière optimale le travail en favorisant le travail en équipe, de promouvoir la satisfaction du personnel et de formaliser un plan de formation impliquant toutes les catégories de personnel. Ces actions doivent s'accompagner d'actions visant à l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble

du personnel et au soutien psychologique du personnel, confronté à des situations de plus en plus lourdes et complexes.

Cinquième axe : L'inscription dans un réseau gérontologique

Il importe de développer des complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local. Est particulièrement concerné le soutien à domicile par une offre de service d'accueil de jour ou d'accueil temporaire. L'organisation des soins doit également passer par une meilleure collaboration inter établissement et par la mise en commun de moyens notamment en personnel soignant ; Les équipes du secteur psychiatrique seront sollicitées pour améliorer la prise en charge des résidents souffrant de détérioration intellectuelle. Il est préconisé la négociation de convention pour formaliser les coopérations de l'établissement avec les autres institutions et services et notamment les hôpitaux.

L'architecture du bâtiment et la qualité des espaces pourront ainsi s'inscrire dans un cadre global d'amélioration de la prise en charge. L'aspect architectural prend une place importante dans ce projet car qu'il constitue la partie visible, concrète du projet et qu'il représente un enjeu institutionnel et financier important. C'est en quelque sorte « la vitrine » des élus communautaires qui montrent ainsi leur considération pour les « anciens ». Au-delà de cet aspect, la conception est liée à la projection, plus ou moins aboutie, de la manière dont on imagine la vie des résidents. Je reviendrai sur cet aspect au début de la seconde partie. Il a été de ma responsabilité, tout au long de cette opération de concevoir un projet d'établissement, de le faire connaître, de le valoriser, de l'adapter et de le faire vivre.

1.1.3 Une infrastructure adaptée à la population accueillie

La population du territoire est semblable à beaucoup de zones rurales, c'est-à-dire qu'elle est vieillissante. Cependant les projections à moyen terme n'annoncent pas une explosion des effectifs. Ce qui apparaît cependant clairement, est une augmentation sensible du niveau de dépendance et le développement de pathologies cognitives.

Une projection de la population dans l'arrondissement de Romorantin montre une évolution des 85 ans et +, négative entre 2001 et 2006 (on passe de 2225 à 1778 soit 447 personnes) puis une évolution positive prévisible entre 2006 et 2011 qui permet d'envisager le chiffre de 2447 personnes au terme de cette seconde période. Ce phénomène de vieillissement est encore plus marqué pour les 75 – 84 ans puisque leur effectif augmente de 1593 personnes sur la même période.

Typologie de la population actuellement accueillie³

Origine géographique	Etablissement de Neung sur Beuvron	Etablissement de La Marolle en Sologne
Commune	6	7
Canton	12	8
Département	27	7
Région	10	3
Autres	12	2
Total	68	27

On observe que plus de la moitié de la population des résidents est originaire du département (67.5% et 81.5%) et qu'une part importante, au moins à La Marolle en Sologne (55.5%) résidait dans le territoire de la Communauté de Communes.

La population locale renvoie globalement à deux grandes catégories de population :

L'une, solognote, rurale de longue date, constituée d'exploitants agricoles, de petits artisans, fonctionnaires et employés. Les résidents sont ressortissant à 40% de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) ce qui signifie un faible niveau de retraite.⁴

L'autre, constituée de grands propriétaires (noblesse locale, grands industriels) dont certains vivent en permanence en Sologne (retraités), mais dont beaucoup viennent uniquement le week-end ou pendant les vacances. Ils drainent une activité économique grâce à l'entretien des propriétés et à la chasse. A terme, il est envisageable que cette population constitue une nouvelle catégorie de retraités.

5

Groupe Iso Ressources	Etablissement de Neung sur Beuvron	Etablissement de La Marolle en Sologne
GIR 1	10	4
GIR 2	22	8
GIR 3	20	1
GIR 4	8	6
GIR 5	4	1
GIR 6	4	7
GMP	698	542

³Recueil des éléments disponibles sur les résidents actuels des établissements de Neung sur Beuvron et La Marolle en Sologne.

⁴ Chiffre obtenu à partir des Comptes Administratifs des établissements de Neung sur Beuvron et La Marolle en Sologne

⁵ Ibidem

Le groupe Iso Ressources classifie les personnes âgées en fonction de leur niveau d'autonomie qui s'apprécie sur une échelle en six niveaux, d'un groupe de personnes confinées au lit ou au fauteuil (GIR 1) à un groupe de personnes indépendantes pour tous les actes de la vie courante (GIR 6).

Ce sont les médecins gériatres qui ont été les premiers à parler de dépendance dans les années 1970. Ils ont substitué le terme à ceux d'invalidité ou de handicap pour désigner les déficiences physiques des personnes âgées. Ils ont aussi créé les outils destinés à l'évaluer, avec la grille nationale AGIRR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso- Ressources) décrite à l'annexe I du décret n° 2001- 1084 du 20 novembre 2001 et fondée à la fois sur la notion d'incapacité mais aussi sur le besoin d'aide, la relation entre les deux apparaissant automatique. Ce modèle AGIRR a été repris par les pouvoirs publics au moment de la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance, issue de la loi n° 97- 60 du 24 janvier 1997 et est restée le modèle d'évaluation du niveau de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées (qu'elles vivent ou non en établissement).(voir annexe 1). On peut penser comme un progrès la création d'un outil permettant de mesurer l'autonomie des personnes à travers dix activités dites « variables discriminantes » : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts, déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, déplacement à l'extérieur, communication à distance. Cependant cette mesure est définie essentiellement par le monde médical au plus près de son image et de sa représentation déficitaire. Elle est devenue l'attribut stigmatisant de la personne âgée en même temps qu'un état mesuré scientifiquement par les experts. Il y a un risque de laisser la personne en elle-même de côté au nom de l'objectivité du savoir scientifique, qui réduit à n'être qu'un numéro de GIR. Le GMP (GIR moyen pondéré) permet d'exprimer le profil de dépendance de la population hébergée. Ce niveau moyen de dépendance est estimé à partir de la répartition des résidents dans les six groupes de la grille AGGIR. Le GMP est un outil permettant de définir la dotation aux établissements dans le cadre de la réforme de la tarification. Cette réforme concerne les établissements ayant un GMP \geq à 300.

On observe le niveau élevé du GMP de La Neung sur Beuvron qui traduit un phénomène classique en zone rurale : on ne rentre en maison de retraite que lorsqu'on ne peut vraiment plus rester chez soi et qu'on a épuisé les ressources familiales. Le GMP de La Marolle en Sologne est plus faible car l'infrastructure ne permet qu'un accueil limité de personnes à mobilité réduite.

Le projet répond à un objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées en maison de retraite. Il s'agit d'adapter la structure tant au niveau de l'infrastructure que de l'accompagnement à une population de plus en plus dépendante et souffrant de pathologies nécessitant un traitement spécifique (maladie d'ALZHEIMER et apparentées).

Chiffres concernant la maladie d'ALZHEIMER

Estimation du nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : par extrapolation des données statistiques nationales, le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer en région centre⁶ peut être évalué en 1999 à :

Département	Population > à 65 ans	Malades <à 75 ans		Malades >75 ans		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cher	58263	165	9%	1760	91%	1925	3.30%
Eure et Loir	56508	166	9%	1649	91%	1815	3.21%
Indre	49673	136	8%	1558	92%	1694	3.41%
Indre et Loir	83935	241	8%	2595	92%	2836	3.37%
Loir et Cher	56791	159	8%	1780	92%	1939	3.41%
Loiret	84987	249	9%	2482	91%	2730	3.21%
Total région centre	390 157	1115	9%	11823	91%	12938	3.31%

Année 2005

Département	Population > à 65 ans	Malades <à 75 ans		Malades >75 ans		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cher	64790	183	9%	1957	91%	2141	3.30%
Eure et Loir	67822	199	9%	1979	91%	2178	3.21%
Indre	53732	147	8%	1685	92%	1832	3.40%
Indre et Loir	100371	288	8%	3103	92%	3391	3.37%
Loir et Cher	67509	189	8%	2116	92%	2305	3.41%
Loiret	106051	311	9%	3097	91%	3408	3.21%
Total région centre	460275	1315	9%	13948	91%	15263	3.31%

(

Projection 2010

Département	Population > à 65 ans	Malades <à 75 ans		Malades >75 ans		Total	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cher	65947	187	9%	1992	91%	2179	3.30%
Eure et Loir	71750	211	9%	2094	91%	2305	3.21%
Indre	53642	147	8%	1682	92%	1829	3.40%
Indre et Loir	105450	303	8%	3260	92%	3563	3.37%
Loir et Cher	69307	194	8%	2172	92%	2366	3.41%
Loiret	113099	331	9%	3303	91%	3634	3.21%
Total région centre	479195	1373	9%	14503	91%	15876	3.31%

⁶ Source : PAQUID (Personnes Âgées QUID ?) – Etude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans.

Dans le cadre de cette opération, et en réponse aux caractéristiques ci dessus identifiées, les objectifs, relatifs à la rénovation, étaient par ordre de priorité :

- Former un ensemble architectural homogène intégrant les bâtiments existants et les extensions /constructions qui pourraient être issues de cette étude de faisabilité. Il s'agit de créer un ensemble immobilier réunissant les bâtiments les uns aux autres, permettant ainsi de les rendre homogènes et communicants, de prévoir un accès spécifique pour les livraisons et un parking sécurisé qui comprendra des places réservées et distinctes pour les visiteurs et pour le personnel,
- Créer des lieux fonctionnels, autonomes et agréables capables d'accueillir dans les meilleures conditions possibles, les résidents et le personnel. Cela devrait se traduire par la création d'espaces complémentaires (afin de satisfaire les besoins exprimés), la rationalisation des déplacements (en évitant les linéaires de circulation), la rénovation des chambres (en les mettant, notamment, à la bonne taille et en installant des douches individuelles). Des toilettes seront, en outre, prévues pour les visiteurs, des vestiaires aux normes et une salle à manger seront conçus pour le personnel,
- Offrir des espaces privilégiant l'accessibilité, l'orientation et la convivialité. Pour cela, Les espaces consacrés à la vie collective doivent être centralisés, les circulations doivent être suffisamment larges, l'entrée dans l'établissement doit être unique avec un accueil. Seront créés des lieux de rencontre proches des chambres, des lieux pour les familles (salle à manger, salon...), une salle polyvalente.
- Maîtriser les coûts de l'opération, et notamment limiter les modifications des aménagements intérieurs des lieux d'hébergement.
- Optimiser le coût d'exploitation par des choix techniques judicieux, l'emploi de matériaux robustes et de techniques simples ; Privilégier la facilité d'exploitation et de maintenance.

La prise en compte de tous ces besoins, implique pour chaque structure, la nécessité d'augmenter les surfaces autant au regard de l'activité existante et future que des normes en vigueur. Les surfaces des actuelles maisons de retraite étant respectivement de 3500 m² pour Neung sur Beuvron et 1150 m² pour La Marolle en Sologne devraient ainsi passer à 5500 m² et 2200 m². Comment y parvenir ?

1.1.4 Les différents scénarii face à la crise

Je viens de faire un rapide état des lieux des deux établissements confrontés à une obligation de transformation afin de répondre de manière satisfaisante, à l'évolution des caractéristiques des résidents et des réglementations.

Pour répondre à cette nécessité, deux options étaient offertes : soit la rénovation de chaque établissement, soit une nouvelle construction, accompagnée ou non, d'un redéploiement des places.

1.1.4.1 – La stratégie de la rénovation

Les restructurations des deux ensembles architecturaux présentent, là encore, des points communs :

- Abandon d'un corps de bâtiment trop ancien, trop coûteux à mettre aux normes et non adapté pour accueillir des personnes âgées.
- Conservation du bâtiment funéraire,
- Réhabilitation des autres bâtiments pour obtenir des chambres de 20m² minimum avec des espaces communs.
- Agrandissement pour compenser les chambres perdues à cause de l'abandon ou la réhabilitation de certains bâtiments.
- Aménagement d'un parc, création d'un parking et d'une aire de livraison.
- Pour un établissement : destruction de la cuisine et de la chaufferie.

Cette solution de restructuration aurait permis de maintenir les établissements en centre d'agglomérations et donc de maintenir une vie sur l'extérieur, les structures et organisations ne donnant pas lieu à modification. De plus, une telle opération ne nécessitait pas l'acquisition de foncier. Cependant, il était difficile de faire du neuf avec du vieux ; il serait resté des problèmes de niveaux et d'harmonisation de fonctionnement ainsi que des difficultés liées à la structure même des établissements (largeur des couloirs, etc...). Le coût d'une telle opération était important.⁷ De plus, la réalisation de travaux en site occupé était compliquée car générait des soucis de fonctionnement et de déménagement provisoire et de ce fait était plus longue et plus chère. Enfin, dans ce cas de figure on maintenait en fonctionnement un établissement de 27 places, taille peu viable pour une structure de cette nature.

1.1.4.2 – Pourquoi construire un nouvel établissement.

Face aux contraintes et à la qualité du résultat attendu, dans l'hypothèse d'une restructuration de l'existant, une autre stratégie est alors envisagée : la construction d'un nouvel établissement. Cela permettait de concevoir complètement l'établissement, en concertation avec les partenaires, tout en étant en conformité avec la réglementation et avec la possibilité de le faire

⁷ Le coût global des restructurations est estimé à 9 817 564 € TTC

évoluer dans le temps. En outre, la réalisation de travaux en site libre n'engendrait pas de nuisances.

Cependant, un tel projet nécessitait l'acquisition d'un terrain (ne devant pas être trop éloigné du centre d'agglomération) et obligeait à une réorganisation importante obligeant le déménagement des usagers et le transfert des personnels. Il s'agissait également de trouver une nouvelle destination aux anciens établissements libérés.

Rappelons que la capacité d'accueil en EHPAD sur le territoire de la communauté de communes étant de 152 places, la construction d'un établissement signifie la fermeture des deux établissements les plus vétustes et donc le transfert de 102 places. Dans ce schéma, il s'agissait donc de réfléchir au redéploiement de ces places :

Soit on construisait un établissement de 102 places, soit on équilibrait la taille des établissements en réaffectant une partie de ces places à l'établissement le plus récent.

Le Conseil Communautaire, en accord avec la DDASS et le Conseil Général, a retenu cette dernière option à savoir, la construction d'un établissement de 85 places et l'extension de 17 places de l'établissement d'Yvoy le Marron (passant ainsi de 50 à 67 places). Après étude, un tel choix représentait une opération d'un coût inférieur à une rénovation, telle que décrite précédemment,⁸

1.2 Une Communauté de Communes promoteur d'un établissement médicosocial

1.2.1 Emergence d'un promoteur atypique : sa nature et ses caractéristiques

L'établissement de la Marolle en Sologne est un établissement communal, géré par un Centre Communal d'Action Sociale. Il est, en 2003, nous l'avons vu précédemment, menacé de fermeture. Le Président de la Commission Administrative, président du CCAS et maire de la Commune, envisage avec appréhension, l'obligation de rénovation. L'opération lui semble complexe et financièrement insupportable pour la commune. Vice président de la Communauté de Communes de La Sologne des Etangs, il interpelle le président et les conseillers communautaires. Parallèlement, une rénovation pour la maison de retraite de Neung sur Beuvron était déjà envisagée.

⁸ Soit en première estimation, 7 789 372 €.

Il est alors paru opportun d'avoir une démarche globale à l'échelle de la Communauté de Communes, celle-ci - de part sa définition - étant en mesure de constituer une force de proposition

La Communauté de Communes est, en effet, un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) regroupant plusieurs communes. Les EPCI sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projet commun de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes homogènes et comparables à celles des collectivités locales. L'EPCI a une fiscalité propre. Il regroupe les syndicats de communes, les communautés d'agglomération, les communautés urbaines. Il a pour objet d'associer des communes au sein d'un espace de solidarité en vue de l'élaboration d'un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace.

Toute communauté de communes est administrée par un conseil communautaire. Les délégués de chaque commune sont élus par les conseils municipaux. Chaque commune dispose au minimum, d'un siège et aucune commune ne peut avoir plus de la moitié des sièges. La communauté de communes exerce, en lieu et place des communes membres, un certain nombre de compétences, définies par la loi du 12 juillet 1992 relative à l'administration territoriale de la République, modifiée par la loi du 12 juillet 1999 puis celle du 27 février 2002. Certaines de ses compétences sont obligatoires mais le conseil de communauté peut également choisir des compétences facultatives qu'il définit lui-même.

Les communes déterminent les compétences précises qu'elles délèguent à la communauté. A partir du moment où les compétences sont déléguées, les communes ne peuvent plus les exercer. Il est important de définir clairement le contenu des compétences choisies afin que ces définitions traduisent au plus juste, la commune intention des collectivités membres. De plus, les compétences transférées à la Communauté de communes doivent avoir le caractère d'intérêt communautaire. Les communautés de communes reçoivent des compétences transférées par les communes membres, en application de deux principes de droit :

- Le principe de spécialité : un EPCI ne peut intervenir que dans le champ des compétences qui lui sont transférées et uniquement à l'intérieur de son périmètre. Il ne peut intervenir (ni opérationnellement, ni financièrement) dans le champ des compétences que les communes ont conservées.
- Le principe d'exclusivité : Les EPCI sont les seuls à pouvoir intervenir dans les champs de compétence qui lui ont été transférés. Les communes en sont totalement dessaisies et ne peuvent intervenir dans ce champ de compétence.⁹

⁹Fiches techniques UNCCAS « la Communauté de Communes » Décembre 2003

La Communauté de Communes de la Sologne des Etangs est située en région Centre, au sud-est du département du Loir et Cher (41), en plein cœur de la Sologne. Elle a été créée en 2001 et regroupe 11 communes rurales. Le 10 décembre 1993, tout commence par l'achat du domaine de Villemorant (un château et ses dépendances) par le syndicat intercommunal de l'Ecoparc d'affaires de Sologne regroupant quatre communes, dans le but de stimuler l'activité économique sur le territoire, en créant une zone d'activité « verte ». C'est en 2001 que la communauté de Communes «de la Sologne des Etangs» est créée grâce au regroupement de 8 communes devenues 10 en 2002. Fin 2005, la communauté de communes compte 11 communes soit 7009 habitants.

La Communauté de Communes de la Sologne des Etangs a identifié parmi ses compétences facultatives : «Actions sociales diverses, en faveur de la jeunesse, des personnes en difficulté et des personnes âgées notamment».

L'initiative prise par la Communauté de Communes de la Sologne des Etangs de créer ce nouvel EHPAD, mais aussi pour d'investir dans l'action sociale à travers la création d'un CIAS (centre intercommunal d'action sociale), témoigne de la place grandissante que prend l'intercommunalité. En effet, la législation, depuis de longues années, multiplie les textes d'incitation à la coopération intercommunale. Aussi, le regroupement en intercommunalité est un mouvement inéluctable qui s'inscrit dans une problématique de territoire. C'est par la loi de 1992 que l'intercommunalité a véritablement évolué avec la création des communautés de communes et des communautés de villes. Cette loi, dite loi JOXE, a été refondatrice du fait intercommunal autour d'un projet d'aménagement du territoire. La loi de 1999, dite loi Chevènement, ensuite, a simplifié la coopération intercommunale autour des communautés urbaines, des communautés d'agglomération et des communautés de communes.

Cependant, on observe que l'action sociale éprouve des difficultés à trouver sa place, la priorité est donnée à la gestion de l'eau et de l'électricité, à l'assainissement, au développement économique et commercial ou à la voirie. On peut expliquer cela par des raisons à la fois culturelles et politiques. En effet, et nous l'avons observé dans l'exemple de la Maison de Retraite de La Marolle en Sologne, domine encore le désintérêt ou la frilosité des maires de petites communes rurales pour le rôle qu'ils peuvent jouer dans la politique sociale en complément de celui des départements. L'intercommunalité et spécifiquement le centre intercommunal d'action sociale peuvent permettre, notamment dans la prise en charge des personnes âgées, d'apporter des réponses au niveau d'un territoire, avec une mise en commun des moyens et des compétences. Cette notion de territoire est centrale pour les élus politiques mais renvoie à une diversité d'organisation. C'est pourquoi un territoire ne doit pas être appréhendé uniquement comme un élément de géographie mais se définit avant tout comme un système complexe de relations humaines, sociales, culturelles et professionnelles. Au final, ce qui fait territoire, c'est que des individus et des groupes agissent et partagent des enjeux.

1.2.2 L'engagement des tutelles et le rôle des directeurs des établissements existants

Tout au long de l'engagement dans ce projet, le pilotage a été assuré par la DDASS et le conseil général, condition indispensable pour que le projet aboutisse. En effet, la CCSE n'avait aucune expérience dans le domaine, et il était important de construire un projet répondant, à la fois aux spécificités de la population, aux exigences techniques et réglementaires et à la capacité de financement de la communauté. La démarche de diagnostic et la décision de construction plutôt que de rénovation, ont été validées à chaque étape. Il en est de même pour la capacité du nouvel établissement et l'extension du deuxième.

Aucun des deux directeurs en poste à Yvoy le Marron et à Neung sur Beuvron (établissements publics autonomes) n'a voulu porter le projet. Aussi, la direction de la DDASS a proposé la création d'un poste de chef de projet (avec son aide financière). Directrice de la Maison de retraite de La Marolle en Sologne à temps partiel, j'ai accepté le poste en complément (cf. introduction). La légitimité de la Communauté de Communes, à porter ce projet, n'est toujours pas reconnue mais sa place de porteur de projet ne pouvait être assurée par aucune autre structure, la démarche étant intercommunale. Les tutelles et directeurs d'établissement sont donc dans une position d'acceptation forcée et donc le plus souvent critique. Cela renvoie à la fois, à des querelles politiques partisans et à des représentations tronquées des pouvoirs et des compétences des élus.

Cet établissement sera le premier EHPAD intercommunal du département. Actuellement, la prise en charge institutionnelle des personnes âgées dépendantes est assurée, pour l'essentiel, par des établissements publics relevant du ministère de la santé et par des établissements privés à but lucratif, les premiers se considérant comme les seuls réellement « habilités ».

1.2.3 De la légitimité d'un EPCI pour la conduite d'un projet à caractère médico-social

Je l'ai évoqué précédemment, la question de la légitimité de l'entité qui entreprend et pilote est déterminant dans la conduite de ce projet. En effet, la notion de légitimité prend des sens différents en fonction du contexte dans lequel elle est évoquée. Ainsi le dictionnaire des notions philosophiques nous indique qu'elle renvoie à la qualité de ce qui est « conforme non seulement aux lois mais aussi à la morale, à la raison. » Le grand Robert ne clarifie pas beaucoup cette définition « est légitime, y lit-on, ce qui est juste, équitable et raisonnable » Dans l'article « La légitimité au cœur de l'action et la compétence » Najoua HABIB et Michel

SONNTAG¹⁰ donnent cette définition «la légitimité peut être considérée comme une action ou un usage reconnu et autorisé par un groupe c'est-à-dire un acte qui répond à un certain nombre de règles établies (formelles ou tacites) et qui obtient le pouvoir de s'accomplir ». La légitimité se situe donc dans cette perspective au cœur de la compétence, c'est-à-dire de l'action orientée vers l'efficacité. Ainsi donc, si la compétence est le résultat d'un savoir et d'un vouloir agir, elle trouve sa source dans l'autorisation d'agir selon des règles reconnues donc d'exercer un pouvoir. Or, « l'essence de ce pouvoir réside dans la légitimité, c'est-à-dire dans sa conformité à des valeurs reconnues au nom de l'efficacité d'agir » (C.Maccio, 1988)

En quoi une Communauté de Communes n'ayant pas d'expérience dans l'action sociale ni de connaissances techniques et culturelles aurait une légitimité à être maître d'ouvrage et gestionnaire d'un établissement médico-social ? La compétence immédiate n'existe sans doute pas, mais la connaissance de la population est réelle de la part d'élus de petites communes rurales. Par ailleurs, l'ouvrage « Voyage au cœur des organismes à but non lucratif » de Jacob Atanga Abel¹¹ permet de comprendre comment la prise de décision stratégique (et c'est bien de cela dont il est question) est affectée par l'exigence de légitimité qu'impose le contexte dans lequel évoluent les organismes communautaires. Il propose, dans ce sens, comme principale stratégie de légitimation, l'ouverture de leurs processus décisionnels aux partenaires internes et externes par la prise en compte de leurs attentes et leur participation aux différentes instances de prise de décision. Lorsque l'ouverture est réellement mise en œuvre, le processus de décision est plus long mais elle apporte plus de lisibilité, de visibilité et donc facilite l'adhésion.

1.2.4 La direction d'un établissement comme gage de crédibilité

Mon recrutement en tant que chef de projet, (sur une recommandation implicite du DDASS) renforcé par ma responsabilité de direction d'établissement, a contribué à apporter un élément de compétence à la communauté de communes. En effet, diriger un établissement concerné par le projet était une façon, tant pour les résidents que pour les familles et le personnel, de prendre la mesure de ma compétence professionnelle et de mieux cerner ma conception du travail en établissement. Bien qu'ayant assuré la direction de structures importantes, mon

¹⁰ HABIB N, SONNTAG M « La légitimité au cœur de l'action et de la compétence » Contribution aux 7^{èmes} biennales de l'Education et de la Formation, Institut National de Recherche Pédagogique.

¹¹ ANTAGANA ABÉ J *Voyage au cœur des organismes à but non lucratif* Edition PUBLIBOOK, Paris, 2005

expérience s'est construite hors du champ du médicosocial. En reprenant la typologie définie par Patrick Lefèvre, on peut, ainsi me classer dans la catégorie des « convertis »¹².

L'établissement ayant fait la preuve de sa capacité à « tourner », tant bien que mal, sans directeur, j'avais, dans un premier temps, à observer, analyser, comprendre. A partir d'une grille d'entretien, j'ai rencontré chaque membre du personnel pour comprendre les rôles (au-delà de l'organigramme), les systèmes de leadership, mais aussi les hostilités, les attentes et les inquiétudes. Bien sur, tout ne s'est pas dit lors de ce premier entretien et c'est en côtoyant les personnels et en les impliquant dans la prise de certaines décisions que j'ai pu réellement appréhender la dynamique fonctionnelle de l'établissement. J'ai également rencontré les résidents dans leur chambre en m'aidant ensuite de la lecture de leur dossier pour mieux appréhender la situation de chacun sur le plan social, économique et médical.

Il m'est apparu alors que ma fonction de directeur devait se construire autour d'objectifs, de principes que l'on se donne et auxquels on croit, mais aussi au fil des expériences, des questionnements, des échecs et des remises en cause. Patrick Lefèvre dans son guide de la fonction de directeur d'un établissement social et médicosocial donne, dans ce sens, la définition suivante du directeur : « Etre directeur d'établissement, c'est exercer une délégation de pouvoir, s'est assurer la conduite et l'animation d'une organisation capable de répondre à sa mission, d'atteindre des objectifs susceptibles de satisfaire, de se développer dans un environnement changeant, d'animer et de promouvoir les différentes ressources humaines et matérielles afin de pérenniser l'objet social. » Le cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999, dans ses recommandations relatives à la qualité des personnels exerçant dans un établissement donne, de son côté, sa définition du responsable de l'établissement : « Chargé de la direction et de la gestion de l'établissement, il doit être un véritable animateur, impulsant un projet institutionnel dynamique au bénéfice des résidents, mis en œuvre par l'ensemble du personnel ».¹³

Bien que la direction d'un petit établissement rural ne représente pas en soi une grande difficulté, le contexte et mes responsabilités de chef de projet, (appelé peut-être, à diriger le nouvel EHPAD) en font un enjeu essentiel. Plus largement, à travers l'exercice de mon métier de directeur, je souhaite, auprès de l'équipe et des résidents, faire connaître et transmettre ma

¹² AGANAËSSE.M « Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées » Edition DUNOD Paris .2004 (page 329)

¹³ Ibidem page 319

vision personnelle et professionnelle du rôle que je compte jouer auprès des personnes âgées et des missions que je veux poursuivre dans la structure que je dirige.

Le contexte actuel et la population accueillie font que les établissements (dit médicalisés) se trouvent être des lieux où la maladie, la dépendance, la démence et la mort sont présentes en permanence. En effet, la typologie des résidents des maisons de retraite a profondément changé ces dernières années, au fur et à mesure qu'étaient repoussées les limites de la longévité. L'âge moyen d'entrée en maison de retraite se situe aujourd'hui autour de 85 ans. Il y a 15 ans, les personnes âgées restaient dans les établissements pour une durée qui pouvait aller jusqu'à 10 ans. Aujourd'hui, leur séjour dure en moyenne 2 ans et demi. Pour la plupart des gens, l'entrée en maison de retraite fait figure de punition. Les médias renforcent cette image de mouvoir (notamment après la canicule de l'été 2003), en multipliant les reportages à l'intérieur des établissements et en y montrant des conditions de vie épouvantables encore réelles certes alors, mais seulement dans une minorité d'établissements.

Un tel constat amène à s'interroger sur les modes de prise en charge et d'accompagnement. En effet, comme le reste de la population française, les pensionnaires de maisons de retraite ont vieilli sur le plan physiologique, pathologique et psychique. L'accueil en institution se pose donc, désormais, de façon différente, compte tenu de la croissance du nombre de sujets très âgés et de l'aggravation de leur état de dépendance. De plus, les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène et leurs profils, même s'ils sont tous fragiles, sont tous différents, des raisons variables les conduisant à vivre dans un même lieu.

Mon engagement de professionnel repose sur plusieurs exigences. Prendre soin de ces personnes tant sur le plan médical que sur le plan du « nursing » est notre première obligation. Il est également primordial de préserver leur autonomie le plus longtemps possible c'est-à-dire de maintenir leur capacité à faire par elles-mêmes, ce qu'elles sont encore capable de faire. Bien sûr, cela s'inscrit dans un cadre réglementaire, car nous devons aux résidents avant tout sécurité et protection. Enfin, et plus généralement, nous nous devons de les maintenir dans le meilleur état de santé possible. L'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé comme « un état complet, bien être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité ». La prise en charge médicale n'est, par conséquent, qu'une réponse partielle mais essentielle et surtout rassurante pour les personnes âgées qui la considère comme primordiale. Cependant l'équilibre et l'épanouissement personnels des résidents passent aussi par la satisfaction de leurs plaisirs. Pour cela, une exigence essentielle est de rechercher et de favoriser cette satisfaction. Bien sûr, les personnes âgées entrent en maison de retraite à la fin de leur vie, souvent malades, parfois seules et démunies. Pour autant, au-delà de la simple mais nécessaire satisfaction des besoins d'aide et de soins, ne fait-

il pas partie de notre mission de rendre leur séjour, pour le temps qu'il leur reste, le plus agréable possible ? Claudine Badey Rodriguez¹⁴ évoque, à ce propos, ce « quelque chose » qui maintient la personne âgée en vie, ce brin d'intérêt, ce soupçon de désir, cette parcelle de plaisir potentiel dont la recherche devrait constituer l'objectif essentiel de nos efforts. Les maisons de retraite peuvent et doivent ainsi se donner les moyens de développer un « travail relationnel de proximité » pour donner à chaque résident, la possibilité de vivre longtemps des « expériences optimales ». Charlotte Mémin¹⁵ résumait de son côté, en 1999, en ces termes, le rôle de l'institution « Assurer une vie quotidienne décente vingt quatre heures sur vingt quatre, favorisant les relations sociales tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, permettant une participation collective, quel que soit le handicap, le plus longtemps possible pour que l'institution soit un lieu de vraie vie ». La concrétisation de cette définition fait toujours partie des orientations actuelles des établissements. Qu'importe qu'on parle de lieu de vraie vie ou encore de qualité de vie, l'essentiel est de donner à la personne âgée la place d'acteur principal dans notre organisation. L'objectif est que chaque individu, selon son caractère, sa culture, ses goûts, ses aptitudes, son vécu...puisse privilégier différemment le ou les facteurs qui concourent à sa qualité de vie. Ainsi, les uns donneront la priorité à la santé, les autres à des valeurs culturelles, familiales ou spirituelles.

Faute d'avoir la prétention de rendre les résidents heureux, il est de notre devoir de leur fournir toutes les occasions possibles susceptibles de leur apporter un peu de plaisir.

Ces principes s'appuient sur des textes de référence qui, au-delà d'une certaine éthique personnelle, permettent d'asseoir la légitimité de ses actions. Les missions des établissements sont largement précisées par le cadre réglementaire qui prend en compte les nouveaux besoins. Les conditions d'accueil des personnes âgées dépendantes, pour les soigner et les accompagner jusqu'au terme de leur vie, sont clairement identifiés, ceci dans le respect de chaque personne et de ses droits.

Ainsi, la loi 2002-2 introduit dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F) une section spécifique consacrée aux « droits des usagers ». L'article L 311-3 du C.A.S.F définit sept garanties à toutes personne, prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'alinéa 1 rappelle les droits civils de tout citoyen : « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (...)».

Ceci doit fonder les relations entre professionnels et usagers et permettre d'établir les bases d'un projet individuel axé sur une démarche de soin, mais aussi médico-sociale et ou sociale.

¹⁴ BADEY RODRIGUEZ C *La vie en maison de retraite* .Edition Albin Michel, Paris, 2003.

De plus, la Charte des Droits et des Libertés de la personne âgée dépendante (Texte rédigé en 1997 par la Commission « Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie) a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. Ce texte met en exergue, dans plusieurs de ses articles, des éléments constitutifs d'une prise en charge digne et respectueuse de la personne âgée dépendante. Ainsi l'article VI stipule que toute personne âgée doit être encouragée à conserver des activités. Les articles IX et X précisent que toute personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont nécessaires et que ceux-ci doivent être dispensés par des intervenants formés et en nombre suffisant. Enfin, l'article XIII rappelle que toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés ses biens mais aussi sa personne.

La Charte pose, en fait, les bases d'une vieillesse au cours de laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement et rappelle ainsi les engagements que prennent les professionnels vis-à-vis des usagers en situation de fragilité, lié à la maladie, à un handicap ou à une difficulté sociale.

L'ensemble de ces principes et obligations interviendront, bien entendu, en permanence comme éléments essentiels lors de la conception et de la réalisation du projet, tant architectural qu'institutionnel du nouvel EHPAD qui nous préoccupe.

1.3 – Des établissements différents appelés à « fusionner » pour créer une nouvelle structure

1.3.1 Les caractéristiques administratives, humaines et techniques des établissements confrontés au regroupement

Les deux établissements destinés à la fermeture ne relèvent pas du même statut juridique. Le plus petit (27 places) dépend d'une collectivité territoriale (la commune) et le plus important (75 places) du ministère de la santé. L'établissement qui va être construit relèvera de la fonction publique territoriale. Outre les difficultés administratives que génère la fermeture d'établissements publics, au demeurant juridiquement différents, le changement d'employeur, et plus largement de ministère de tutelle, est difficile à accepter pour les personnels. Cette dimension du projet a donné lieu à de nombreux revirements, pressions et confusions de la part

¹⁵ MENIN C *Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution*. Edition BAYARD, Paris, 1984.

de nos autorités de tutelle. Au fil du temps, la position des élus communautaires s'est affirmée. Ils souhaitent avoir le contrôle de l'établissement que la communauté de communes finançait et pour cela, le plus sûr moyen était de donner un statut fonction publique territoriale à l'EHPAD

Lors de la deuxième réunion de pilotage (mars 2005) le document suivant était présenté :

« *Le futur EHPAD pourrait avoir le choix entre deux statuts ;*

- *Soit celui d'un **établissement public autonome** tel que celui de Neung sur Beuvron dont le directeur est nommé par le ministre de la santé et qui dépend du directeur de la DDASS. Un conseil d'administration donne les orientations et prend les décisions importantes mais n'a pas le pouvoir d'intervenir directement dans la gestion de l'établissement. Le personnel de l'établissement est rattaché à la fonction publique hospitalière*
- *Soit un **établissement public intercommunal**. Son directeur est choisi par le CIAS qui a un droit de regard important sur la gestion de l'établissement et prend toutes les décisions concernant son fonctionnement. Le personnel de l'établissement appartient à la fonction publique territoriale.*

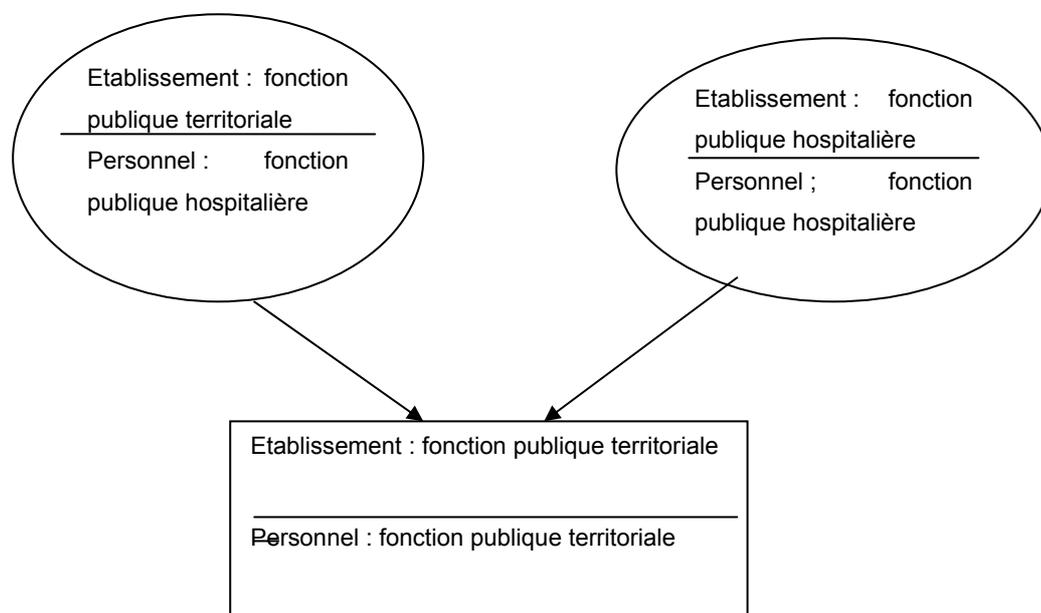
	<i>CIAS/ Budget annexe</i>	<i>Etablissement public autonome</i>
<i>Avantages</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Le CIAS est éligible au FCTVA sur la base de la jurisprudence administrative et des instructions comptables et budgétaires.</i> - <i>La gestion de l'EHPAD peut être dissociée des autres activités du centre par le biais du budget annexe.</i> - <i>L'ordonnateur des dépenses et recettes est le représentant de la collectivité, président du CA.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>La gestion de l'EHPAD est assurée par une structure spécifique dont c'est l'objet.</i> - <i>Les personnels appartiennent à la fonction publique hospitalière (comme c'est le cas actuellement pour l'essentiel des personnels des maisons de retraite existantes).</i>
<i>Inconvénients</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>le statut des personnels peut être amené à être modifié : étude en cours car situations très hétérogènes et réponses juridiques différentes en fonction des interlocuteurs (documents joints).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>L'établissement public n'est pas éligible au FCTVA,</i> - <i>Le choix du directeur échappe à la CCSE,</i> - <i>L'ordonnateur des dépenses et des recettes est le directeur.</i>

Plus spécifiquement, apparût, lors de cette réunion l'importance accordée par les élus au fait que la CCSE puisse choisir le directeur et que l'ordonnateur des dépenses et des recettes soit le président du CA, également choisi par la CCSE.

Il y est signalé dans ce que le statut du personnel peut être amené à être modifié. Cet aspect du projet a évolué en fonction des autorités de tutelle, celles-ci n'ayant pas les mêmes positions. Pour l'une, le personnel pouvait continuer à relever de la fonction publique hospitalière alors que l'établissement relevait de la fonction publique territoriale, pour l'autre le changement de statut de l'établissement obligeait au changement de statut du personnel. C'est cette dernière position qui s'est révélée en concordance avec les textes. Or, ce passage de la fonction publique hospitalière à la fonction publique territoriale augmente l'inquiétude des personnels.

En tant que directrice d'établissement, et chef de projet, l'accompagnement des personnels est un enjeu essentiel. Afin de dédramatiser la situation, il était indispensable de transmettre une information claire, précise, et vérifiée. La première difficulté a reposé sur la constitution de ce corps d'information, là encore les administrations n'étant pas toujours en phase.

Le préalable repose sur la possibilité de rester rattaché au corps d'origine (fonction publique hospitalière). L'agent, pour pouvoir travailler dans le nouvel EHPAD devra demander un détachement qui pourra être reconduit. Par contre, si la personne ne souhaite pas être détachée, la DDASS lui proposera trois postes dans le département.



Je l'ai déjà dit, ces deux établissements actuellement existants, sont dissemblables (statut, taille); Cela se traduit, notamment, dans les pratiques professionnelles. L'établissement de La Marolle en Sologne que je dirige, a, depuis sa création, vu passer de nombreux directeurs en intérim ou pas. A certain moment, aucune direction n'a été assurée. Le personnel est constitué d'un « noyau dur » d'une ancienneté supérieure à 8 ans, responsable et autonome dans son

fonctionnement, très attaché à l'établissement. Cet attachement est renforcé par son caractère familial dû, pour une part, à la taille de la structure. Il y a une grande solidarité entre les agents et un souci commun du service rendu au résident. Les équipements techniques sont, pour la plupart, en fin de vie. Leur renouvellement est presque impossible, la fermeture de l'établissement étant annoncé depuis plusieurs années.

L'EHPAD de Neung sur Beuvron est pour l'essentiel plus récent et plus moderne. Les personnels semblent peu attachés à « leur établissement » et moins impliqués dans leur activité professionnelle. Le turn-over et l'absentéisme altèrent la qualité du fonctionnement, et la réputation de la maison de retraite s'en trouve affectée. Les équipements continuent d'être renouvelés, les investissements étant, pour l'essentiel, de la responsabilité de la direction (établissement public autonome). Cette situation est source de conflit avec le conseil d'administration.

1.3.2 Les atouts du projet et les freins au changement

A) Les atouts

Le projet architectural du nouvel EHPAD répond, au mieux, aux besoins des usagers, et à ce titre, ne peut que susciter l'adhésion des personnels. Sa conception a été pensée pour réaliser une meilleure prise en charge des résidents et améliorer les conditions de travail des agents. Cette infrastructure offre un environnement agréable et fonctionnel contrastant singulièrement avec les bâtiments actuels, source de contrainte et d'inconfort.

L'élaboration d'un projet d'établissement en phase avec la réglementation et l'évolution des politiques publiques est, également, un élément de progrès. J'ai réalisé ce document en parallèle avec le programme de construction. L'appropriation de cet outil essentiel permettra une remise à plat des pratiques professionnelles et de leurs fondements.

La nouvelle organisation, liée à l'ouverture de l'EHPAD, doit offrir l'opportunité d'occuper de nouvelles fonctions, grâce, notamment, à la création d'une unité Alzheimer (ouverture de poste d'AMP), voir d'accéder à d'autres responsabilités.

B) Les freins

Les freins au changement sont en lien avec l'incertitude et donc l'inquiétude voir l'appréhension qui en découlent. L'adhésion plus ou moins forte est indexée au niveau de prise de risque accepté par le personnel. Le changement et donc le risque qui lui est associé, porte sur les aspects suivants : le statut, la remise en cause de pratiques professionnelles, l'obligation de travailler avec une équipe professionnelle différente, le tout dans un changement

d'environnement. Je vais approfondir ces différents éléments et pour chacun, esquisser une stratégie qui pourrait en atténuer l'action.

a) Le changement d'environnement

➤ Le statut : les personnels sont à 80% titulaires de la fonction publique hospitalière, les autres étant contractuels. Ce statut est sensé apporter une garantie d'emploi et un avenir sécurisé. Aussi, la situation à laquelle ils se trouvent confrontés, leur est très difficile à appréhender car elle génère une incertitude forte quant à leur avenir professionnel. Il y a donc contradiction avec « le contrat » qui a forgé leur engagement.

Deux options s'ouvrent devant eux :

- Demander un détachement (c'est-à-dire quitter provisoirement la « maison mère ») Or, le personnel soignant est très sensible à son appartenance à la Fonction Publique Hospitalière. Si le détachement garantit un maintien des salaires et des primes, les intitulés de poste sont modifiés, voir dénaturés, ainsi une aide-soignante devient auxiliaire de soins

Par ailleurs, les personnels ne dépendront plus de l'agence Nationale de Formation des Hospitaliers, organisme de formation spécialisé dans les métiers du soin, mais seront rattachés au Centre National de Formation de la Fonction Publique Territoriale, à dominante administrative et comptable. Se pose, également, la disparité de l'âge des départs à la retraite : cinquante cinq ans pour les personnels « actifs » de la FPH, soixante ans pour la FPT. Face à cette rupture douce avec son corps d'origine, il m'appartient, en tant que directrice et chef de projet, d'apporter les réponses techniques et les garanties suffisantes pour rendre l'avenir lisible.

- Refuser un détachement ; L'établissement employeur étant fermé, trois postes seront proposés par la DDASS, dans le département. Là encore, existe une forte incertitude sur le lieu et le type de structures qui seront proposés. Au bout de trois refus, la personne est considérée comme démissionnaire.

Il existe donc deux alternatives : avoir une certaine maîtrise de son futur lieu de travail mais à la condition d'un changement de statut, ou se maintenir dans son corps d'origine, mais quitter son lieu de travail avec une réelle incertitude sur les postes proposés.

Le choix ne pourra se faire sereinement que si toutes les informations utiles sont disponibles pour l'ensemble des personnels concernés.

➤ Remise en cause des pratiques professionnelles. Les pratiques professionnelles renvoient, plus largement, aux systèmes relationnels mis en place. Selon Michel Crozier¹⁶ « Le

¹⁶ CROZIER M, FRIEDBERG E *L'acteur et le système* Edition du Seuil, Paris 1977

changement doit être considéré comme un problème sociologique, c'est-à-dire que ce sont les hommes qui changent et qu'ils ne changent pas passivement mais dans une collectivité et comme une collectivité : non pas individuellement mais dans leur relation des uns aux autres et dans leur organisation sociale ». Si on peut penser que chaque personne a des difficultés à accepter de voir dérangés ses habitudes ou ses intérêts, on peut estimer que les membres d'une organisation ne sont pas forcément attachés, de façon passive et bornée, à leurs routines. Ce qui est en jeu, c'est le danger que représente tout changement car il remet en question les conditions de l'activité de chaque personnel, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action, car les « zones d'incertitudes » qu'il contrôlait sont appelées à se modifier ou à disparaître.

Aussi, il s'agira pour réussir cette transformation/adaptation des pratiques professionnelles, de faciliter l'acquisition, par les agents, de nouveaux modèles relationnels et de nouveaux modes de raisonnement. Nous devons donc, mettre en place les conditions pour permettre l'acquisition de « nouvelles capacités collectives».¹⁷

➤ Obligation de travailler avec une équipe professionnelle différente. Les établissements appelés à fusionner ont chacun une culture, un mode d'organisation, un système relationnel ancré, qui peut s'assimiler à une « culture d'entreprise ». « Il ne faut pas – écrit Michel Crozier – réduire les capacités relationnelles des individus à de simples éléments de leur psychologie ou de leur personnalité. Acquises et développés, bref, construites dans et pour l'action, ces capacités sont inséparables des structures à l'intérieur desquelles doit se développer l'action sociale des individus».¹⁸

Plus spécifiquement, mon rôle ne doit pas, dans le cas présent, se cantonner à lancer une nouvelle structure mais plutôt à lancer un processus de changement qui implique action et réaction, négociation et coopération. Le succès de cette opération repose sur la capacité d'amener des groupes différents à coopérer autrement, dans une structure nouvelle, avec un objectif commun, dans le cadre d'une activité identique.

b) Les représentations

Plus largement, les représentations des différents acteurs quant à leur situation actuelle et future peuvent être source de distorsion et de résistance. On peut penser que certaines variables influencent ces représentations, à savoir :

➤ L'attachement à l'établissement actuel. Ce sentiment d'appartenance existe pour les résidents comme pour le personnel. Les repères, les rituels instaurés au fil du temps, y

¹⁷ Ibidem

¹⁸ . Ibidem

contribuent, de même que les liens relationnels tissés progressivement.

Le changement d'établissement s'apparente pour les personnes âgées à un déménagement. C'est à la fois un deuil à faire mais aussi l'espérance de meilleures conditions de prise en charge. Il arrive probablement un âge où l'enracinement dans le présent est plus fort que la capacité à se projeter.

➤ L'implication du personnel dans sa pratique professionnelle. Elle intervient dans la dynamique de changement. Une implication importante témoigne de la volonté de faire, et de bien faire. Au-delà d'une appréhension, liée à un changement de cadre professionnel, celle-ci reste intacte et se traduit en capacité d'adaptation. Par contre, une personne peu impliquée, fonctionnant à l'économie, a beaucoup à perdre. La zone d'incertitude qu'elle maîtrise lui permet d'organiser son travail au mieux de ses intérêts. L'adhésion au changement ne pourra se faire que si la personne est capable de trouver son intérêt dans ce qu'on lui propose.

➤ La mobilité antérieure. Les agents en précarité (contractuels) ou ayant changé plusieurs fois de postes sont, sans doute, plus adaptables. Cependant, des personnels installés dans leurs fonctions depuis de très nombreuses années, peuvent saisir comme une opportunité un changement professionnel qui n'implique pas une transformation de l'environnement personnel.

1.3.3 La conduite du changement

Je viens de passer en revue l'essentiel de ce qui constitue l'existant, l'état des lieux, préalable à la mise en œuvre du changement. J'ai ainsi identifié les atouts, les freins et certains leviers permettant d'accompagner les transformations nécessaires.

A partir de ces éléments – et de manière plus générale – j'aurai à expliciter, la méthodologie présidant de la conduite de projet, en m'appuyant, pour une part, sur les réflexions de Florence Allard-Poési et de Véronique Perret¹⁹, et dont la mise en œuvre sera développée dans la seconde partie de cet écrit. Je tiens à signaler que lorsque qu'il est fait mention du rôle de « chef de projet », cela renvoie bien sûr à un des aspects de la fonction de directrice, particulièrement prégnant ici

Le management de projet peut être défini comme une démarche volontaire visant à améliorer et à transformer l'organisation, grâce à la mise en œuvre de projet. Or, il apparaît que le rôle de chef de projet est crucial dans la réussite. Sa spécificité de responsable de projet est de se

¹⁹ ALLARD – POESI F, PERRET.V « Rôles et Conflits de rôles du responsable projet ». Revue française de gestion. (Pages 193 à 2009).

mettre en relation avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le projet, mais aussi, et de plus en plus, il voit son efficacité reposer sur les dispositifs internes propres à maintenir la transparence et la cohésion dans l'équipe (rôle interne). De plus, l'enjeu de la conduite de projet de cette nature nécessite d'articuler trois exigences qui relèvent de la conception, de l'élaboration et de l'exécution du projet. Le chef de projet prend dans son rôle de concepteur, la fonction de leader. Le leader vise l'innovation et doit s'assurer de l'accord des membres (de l'équipe) sur la manière dont les choses doivent être faites (House et Hdilya 1997). Dans la phase d'élaboration, le responsable est un manager ; il doit encadrer et faciliter le travail de son équipe, autrement dit, permettre son bon déroulement et favoriser l'apprentissage (Cohen et Boulay 1997). Le rôle du responsable est de révéler les représentations différentes du projet et/ou de certains de ses aspects pris en charge par les participants au projet, à cause de leur appartenance à différents domaines et fonctions

Le responsable/manager doit également laisser suffisamment d'autonomie aux membres de l'équipe afin de permettre l'expression de leur créativité et de s'assurer de leur motivation et mobilisation sur le projet.

Enfin, pour faire exécuter le projet, les auteurs rappellent que le responsable bénéficie parfois d'une autorité formelle, autrement dit, du droit de commander (et de sanctionner) ses subordonnés. Cette autorité est nécessaire pour infléchir la destinée des projets. C'est au nom de celle-ci que le chef est en droit d'exiger l'obéissance des participants. L'obéissance apparaît aussi comme un puissant mécanisme de coordination dans les organisations et les équipes, dont la réussite du projet dépend largement. On peut, cependant, remarquer que la littérature du management d'équipe et du leadership néglige la puissance de l'autorité formelle et son pendant d'obéissance. F Allard – Poési et V Perret soulignent, par ailleurs, que la complexité de la conduite de projet oblige à prendre en compte les dimensions politiques et sociales au-delà des simples aspects techniques et méthodologiques. La conduite de projet, s'avère aussi être une démarche profondément contextualisée qui ne peut se contenter de l'application d'outils et de méthodes reformatées.

Le rôle du chef de projet consiste, en fait, à guider une équipe à travers une vision, tout en permettant aux participants de contribuer à son élaboration, de faire participer alors que cette participation remet en cause le comportement du responsable de projet et qu'une partie des membres du groupe s'y refuse et impose leur autorité. Son rôle, au sens large, renvoie à un ensemble de comportements attendus, ces attentes se construisant dans l'interaction entre le responsable et les participants tout au long du projet. On peut, de ce fait, montrer que les rôles de leader, manager et chef suppose des capacités managériales particulières : le charisme est en jeu dans le rapport leader disciple, l'écoute et le coaching est nécessaire au rapport manager- acteur, l'autorité relie le chef et l'agent. Il est donc nécessaire, autant que possible, de combiner les différents rôles en fonction des phases du projet, de manière séquentielle.

A travers cette analyse de la conduite du changement, j'ai voulu identifier le rôle des différents acteurs dans un contexte politique et social dont l'importance mérite d'être soulignée. Cette présentation théorique se traduit dans la réalité avec certaines distorsions qui apparaissent à l'observation. En tant que directrice et chef de projet, je ne détiens, à vrai dire, au final, qu'une part réduite dans la prise de décision. Mon rôle consiste à présenter les éléments nécessaires à la compréhension par rapport aux choix possibles. Le président de la CCSE au quotidien, ou le conseil communautaire pour les choix importants prennent les décisions. Bien que cela soit légitime, ma position s'en est trouvée, par moment, dévalorisée et ma crédibilité entamée, notamment auprès des personnels. Cependant, ma compétence technique et ma connaissance des usagers m'ont permis, progressivement, de gagner en délégation de pouvoir, la « réussite », dans mon poste de direction, renforçant ma position. Par ailleurs, les instances et réunions, que j'ai pu initier pour participer à la conduite de ce projet ont permis l'appropriation du projet par les différents partenaires. Cependant, le conseil communautaire, et à sa tête le président, voulant être identifiés comme étant les pilotes, n'ont pas toujours avancé en concertation avec les partenaires. De cela ont résulté tensions et suspicions.

Je reviendrai plus en détail sur la construction et la reconnaissance de « notre » légitimité aux yeux des partenaires mais également à ceux des résidents et des familles ainsi que des personnels, dans la partie traitant de l'animation et du management du projet.

2 DU PROJET DE CONSTRUCTION A L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT

Tout au long du premier chapitre, je me suis efforcée de faire état du diagnostic et des différents éléments ayant amené les acteurs à se déterminer pour la construction d'un nouvel EHPAD, avec la Communauté de Communes pour maître d'ouvrage. Les multiples aspects humains, organisationnels et statutaires découlant de cette décision y ont été abordés. Par ailleurs, j'ai essayé d'analyser les mécanismes du changement et les conditions de sa mise en œuvre.

Dans le chapitre 2, que je vais entamer, seront développées les différentes étapes de la concrétisation du projet, de la conception architecturale à l'installation. Pour cela le schéma qui suit organise les étapes du projet, en identifiant les acteurs et les instances de décision. Il nous servira aussi de trame au déroulement qui suit. Je rappellerai, pour commencer, que toutes les procédures, organisées dans le cadre de cette opération, relèvent des marchés publics. Les démarches étant très lourdes, nous avons toutefois, pris du retard sur le planning initial. Cela nous a obligé à maintenir une information permanente auprès des partenaires et des personnels, inquiets du non commencement des travaux.

QUI

CCSE
Cabinet d'étude
Conseil général
DDASS

PROCESSUS

AVEC QUI

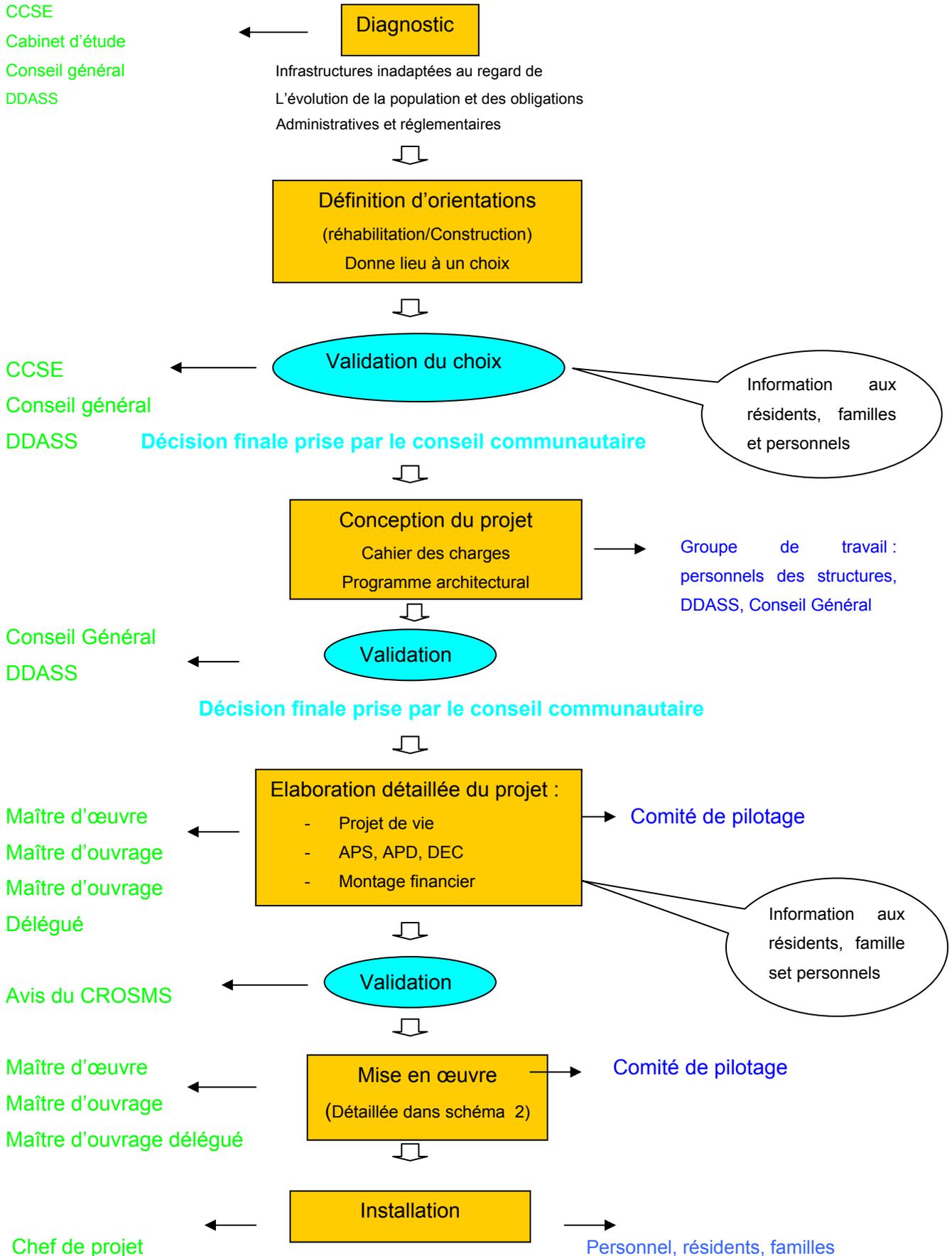


Schéma 2

QUI

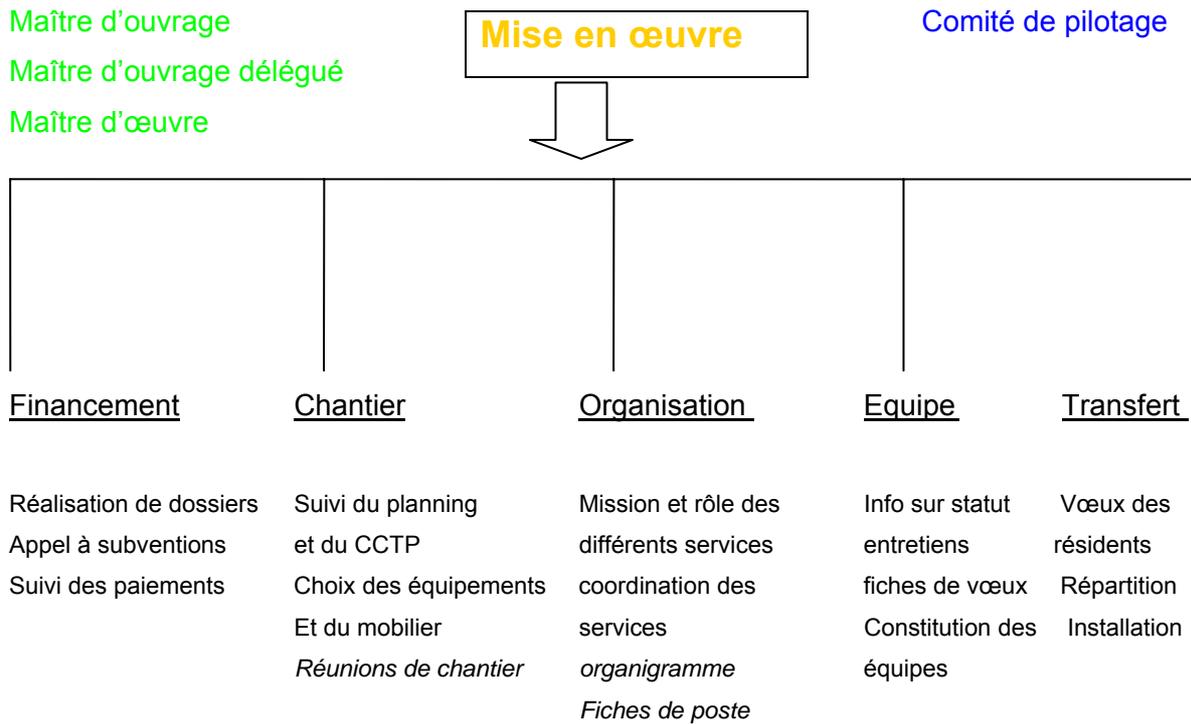
Maître d'ouvrage

Maître d'ouvrage délégué

Maître d'œuvre

AVEC QUI

Comité de pilotage



Ce schéma permet de préciser les différents aspects de la concrétisation du projet, tant sur le plan administratif et financier, que sur le plan de la construction mais aussi pour ce qui concerne le projet d'établissement.

Afin de compléter les deux schémas qui précèdent, j'ai élaboré un échéancier de l'opération (annexe3).

2.1 L'élaboration du projet architectural en cohérence avec un projet de vie d'établissement.

L'élaboration du projet architectural s'est faite en plusieurs étapes :

Un pré programme a été élaboré par un cabinet d'étude fixant les éléments principaux de la conception. Ce document n'était pas toujours en phase avec les spécificités d'un EHPAD, aussi ai-je eu à le reprendre à travers la mise en place de groupes de travail constitués de plus de la moitié du personnel. Le programme a pu ainsi être enrichi, adapté et modifié chaque fois que nécessaire. Nous avons ainsi défini l'organisation des espaces de vie collective, avec les espaces d'hébergement et les espaces techniques. En partant des expériences des agents, et des difficultés rencontrées dans leurs pratiques professionnelles en lien avec l'infrastructure, nous avons élaboré un bâtiment répondant au mieux aux besoins et contraintes repérés. Nous avons retravaillé avec le consultant pour en faire une traduction technique et financière.

Le programme ainsi finalisé a servi de base de travail pour le concours d'architecte.

2.1.1 Les Principes qui ont présidé à la conception du bâtiment

Pour donner toute sa dimension au projet, il était nécessaire, au-delà des indications purement techniques, de réfléchir au sens de l'accueil de personnes dépendantes en fin de vie et à sa traduction sur le plan de l'infrastructure du bâtiment. En effet, concevoir un lieu d'habitation destiné à accueillir des personnes âgées au long court, pour la dernière étape de leur vie, doit inciter à s'inscrire dans une démarche favorisant la qualité. Il est en effet important que le bâtiment soit à la fois, fonctionnel et esthétique, s'intégrant dans son environnement. Ceci nous a amené à privilégier les principes suivants :

➤ Un choix pertinent du lieu de construction

Le lieu d'implantation du bâtiment – nous l'avons vite admis – constitue un élément déterminant pour l'organisation de la vie quotidienne des résidents. A l'origine, l'établissement devait être implanté dans une grande propriété transformée en pépinière d'entreprises. Perdu dans les arbres, dans un cadre agréable, les personnes âgées étaient ainsi, au calme mais loin du bourg et d'une vie sociale habituelle. J'étais défavorable à ce choix et appuyée dans ma démarche par le Conseil Général. Sur le plan économique, le choix semblait certes, avantageux car le terrain était gratuit. Et puis en décidant d'implanter un EHPAD au fond des bois, ne s'agissait-il pas de le cacher de la cité ? Le Conseil Général subventionnant de manière importante la construction, demanda finalement, à ce que soit trouvé un autre lieu, au cœur de la commune. Je ne pouvais que m'en réjouir, la vieillesse et la mort faisant partie de la vie. Un terrain agréable, situé entre le collège et le stade a ainsi été acheté. C'est un quartier résidentiel où les enfants jouent dans la rue dès qu'il fait beau et où l'on rencontre beaucoup de promeneurs.

A vrai dire, lorsque les membres du conseil communautaire ont choisi en première intention, un lieu d'implantation calme mais isolé, ils l'ont fait en pensant que lorsqu'on est très âgé, on a besoin de tranquillité. Beaucoup disent respecter le grand âge et qu'il est prioritaire de prendre en charge correctement nos aînés. Cette ambivalence pourrait renvoyer à une explication d'ordre psychologique tel que le signale Jean-Jacques AMYOT « Parmi les approches complémentaires qui font appel à la sphère psychologique, dit-il, en effet, à ce propos, celle développée autour de la notion d'angoisse paraît essentielle. Nous serions pourvus universellement d'une angoisse originelle, existentielle contre laquelle nous lutterions par des moyens individuels avec des mécanismes de défense et par un système collectif, la culture, qui participe à notre effort de maîtrise de l'angoisse en mettant notamment à notre disposition des rites, des coutumes, des interdits. La vieillesse susciterait (dans ce sens), de l'angoisse en réactivant notre peur d'être détruits, de mourir (angoisse fondamentale) ou notre crainte d'être diminué, de vieillir (angoisse de castration). A la lumière de cette hypothèse, on comprend mieux la force des défenses développées par les professionnels. La mise à distance de la vieillesse et le cloisonnement social des générations sont les derniers bastions pour juguler l'angoisse des autres âges de la vie , dans une société mettant en œuvre moins de rites, d'interdits de coutumes »²⁰

➤ Privilégier la construction d'un lieu de vie

Lors de la constitution du dossier destiné au concours d'architecte, j'ai demandé au maître d'ouvrage délégué, que les orientations relatives au projet architectural, en lien avec la conception de la vie en établissement que j'avais proposé, figurent dans les éléments de référence pour l'élaboration de l'esquisse. Je pense utile de développer les aspects essentiels de ma réflexion sur la conception des bâtiments.

L'articulation des espaces et leur organisation doivent être choisies pour faciliter la vie du résident et pour éviter les charges de travail qui pèsent sur la gestion et sur la fatigue du personnel. De même, l'accueil et la place des familles sont à intégrer dans la conception de l'établissement, celle-ci étant nécessaire au bien-être des résidents qui passe par la présence de leurs proches.

Lieu de vie mais aussi, espace de vie sociale, l'établissement sera organisé dans l'esprit d'un petit village, où la personne âgée, en sortant de chez elle (sa chambre), percevra la vie communautaire à laquelle elle pourra participer. Le hall central sera considéré comme le poumon de l'établissement, une véritable place de village, ouverte sur l'extérieur, autour de laquelle s'organise l'établissement.

²⁰ AMYOT JJ (coordination éditoriale) *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Edition DUNOD. Paris. 2007.

La luminosité des locaux et l'harmonie des couleurs seront recherchées, l'objectif étant de favoriser une ambiance conviviale, confortable et chaleureuse. La conception architecturale privilégiera donc la lumière naturelle et les volumes, la transparence, l'organisation de jardins extérieurs (arbres, parterres, fontaines, volière, kiosque...). Autour du hall d'accueil et sur l'ensemble du rez-de-chaussée s'articuleront l'administration, le service médical, les salles de restauration, un ou plusieurs salons, un salon de coiffure, les chambre d'hôtes.

Tout doit, en tout cas, être fait pour converger vers une qualité de vie qui n'est en rien contradictoire avec la vieillesse, l'invalidité et la souffrance.

➤ Veuillez à une bonne organisation de l'environnement

Le nouvel établissement doit pouvoir apporter des réponses progressives à l'évolution de la dépendance des personnes résidentes et leur donner la possibilité de cheminer paisiblement vers la fin de leur vie dans le domicile de substitution qu'elles ou leur famille ont choisi. Des lieux de vie intégrés permettront, dans ce sens, à la personne âgée en début de désorientation de pouvoir vivre le plus longtemps possible dans l'établissement avant d'être accueilli dans un lieu de vie fermé qui la protège et qui répond à ses besoins.

Dans cette logique, nous mettrons en place, au sein de l'établissement, une unité spécialisée dans l'accueil des personnes désorientées.

La sortie des personnes âgées pendant la plus grande partie de l'année sera privilégiée par la création d'aires de repos et de terrasses, accessibles aux handicapés, convenablement ensoleillées, et protégées des vents dominants. Des allées seront aménagées (nature des sols et déclivité) pour le déplacement aisé en fauteuils roulants ainsi qu'une aire de jeux pour les enfants. Pour des raisons de sécurité, l'ensemble des espaces collectifs extérieurs utilisés par le résident, pourrait être clos. L'établissement sera organisé de manière à offrir un seul accès (entrée et sortie) aux résidents et aux familles par l'entrée principale.

➤ Assurer une bonne qualité d'hébergement

« Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins » art II – « Domicile et environnement » de la Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante).

Des symboles forts seront mis en place afin d'assurer une image privative : une boîte à lettre, une serrure fermant à clé, une plaque sur la porte, et la possibilité pour les proches d'accéder librement aux chambres. La personne âgée peut meubler sa chambre, la décorer, la personnaliser, afin de maintenir des repères sur lesquels se fondent l'identité du résident. Les chambres seront ainsi équipées pour garantir un sentiment de sécurité, de confort et d'indépendance. L'établissement se charge de mettre à disposition des éléments techniques de confort (prises téléphone, prises télévision, etc.) mais aussi l'installation de plusieurs appels

malade dans la chambre (tête de lit, entrée de la chambre, toilettes près des WC). Enfin, le résident est libre de circuler dans tous les lieux collectifs de l'établissement, et il est de même conseillé qu'il se les approprie afin qu'ils deviennent tout naturellement, des compléments de sa chambre. Les chambres doivent être bien entendu, conçues pour faire face à l'évolution de la dépendance et permettre aux agents de travailler dans de bonnes conditions.

Les chambres jumelées (8) sont prévues tout simplement grâce à une porte de communication entre deux chambres seules. Ce dispositif simplifie la gestion au niveau de l'accueil des nouveaux arrivants. L'établissement qui bénéficie de ce type d'équipement accueille dans de bonnes conditions les couples, permettant ainsi de maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne.

➤ Prévoir un CANTOU (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles)

Les personnes désorientées seront accueillies dans une unité de vie adaptée pour 15 places organisée sous forme de CANTOU (un Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupation Utiles) Petite unité autonome et fermée, le CANTOU regroupe 15 résidents autour de plusieurs maîtresses de maison.

La prise en charge des résidents désorientés et Alzheimer doit se faire de manière spécifique. De nombreux aspects physiques, sociaux et aussi environnementaux influencent l'état de santé de la personne. Ainsi l'aménagement de l'espace de vie peut contribuer à apaiser le patient. Ainsi, sur le plan architectural, les qualités hôtelières de l'établissement se rapprocheront du « comme à la maison ». L'architecture et le « design » des unités d'accueil pour patients désorientés ont une influence essentielle sur le comportement et la qualité de vie des personnes malades et de tous ceux qui gravitent autour d'elles.

Les personnes désorientées sont particulièrement sensibles à l'influence de leur environnement ; toutes les situations de stress peuvent aggraver rapidement leur comportement. Ainsi, le fait de prendre en charge dans un environnement adéquat des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, peut ralentir, voire faire régresser pendant un certain temps, le déclin intellectuel de ces personnes.

Nous ferons en sorte que l'environnement soit facilement « négociable » et compréhensible pour les résidents quelques soient les stades de la maladie auxquels ils se trouvent, afin de leur permettre de s'orienter facilement. L'aménagement de l'espace devra contribuer à apaiser le patient.

L'objectif est de faire participer les familles et les résidents aux activités occupationnelles et domestiques. L'unité de vie doit donc être dotée d'une cuisine et d'une salle à manger. Lorsque la population prise en charge au CANTOU est constituée de malades valides actifs, il importe de sécuriser les personnes, de leur permettre de déambuler, et de s'aérer, d'éviter les contraintes et les interdictions, de renvoyer une image positive favorisant la participation des

familles, afin de les aider à surmonter les difficultés résultant de la désorientation de leur proche.

Ce lieu de vie doit se situer de plein pied avec un accès direct sur un espace extérieur fermé et sécurisé, facile à surveiller. Cet espace extérieur sera contigu à un noyau central comprenant les espaces de vie à partir desquels seront distribuées les chambres. Le concept architectural repose sur une organisation autonome et sécurisée ; pour éviter toute fugue, le sas d'entrée fonctionne avec un digicode asservi au système de sécurité incendie. L'éclairage naturel doit être favorisé (complété si nécessaire par un éclairage artificiel). Cette luminosité doit contraster avec le reste des circulations pour attirer les personnes âgées vers des lieux de vie collectifs rendus naturellement attractifs par leur clarté. Devront être prévus des pare-soleil et une installation de rafraîchissement qui sont les contre partie d'un éclairage naturel intense. Le tout sera conçu dans une ambiance feutrée et familiale. Enfin, la salle à manger permettra d'accueillir une vingtaine de personnes de manière à ce que les familles puissent participer au déjeuner. En résumé, tout devra contribuer à donner de la vie et de la gaieté à ce lieu de vie spécialisé.

➤ Concevoir des espaces de vie sociales

Ces espaces sont destinés à constituer les supports qui permettront de développer l'animation et la vie sociale au sein de l'établissement. Il s'agit de créer une communauté de vie, une vie sociale au sein de l'établissement, de favoriser les rencontres entre le personnel et les résidents, et de faciliter l'intégration de ces derniers.

Les espaces de vie sociale doivent: en somme, faciliter la vie sociale, favoriser le maintien des acquis, voire la réalisation de progrès par la proposition d'activités de soutien et permettre à l'établissement de s'adapter à l'évolution de la dépendance. Dans les espaces de vie sociale, il importe donc d'intégrer les petits salons, créés dans les extrémités ou au milieu du couloir, l'expérience montrant que les résidents et les familles aiment s'approprier ces petits salons qui remplacent ceux qu'ils n'ont plus et qui permettent aux résidents de recevoir les leurs en dehors de leur chambre. Ces espaces seront, par ailleurs, dotés d'un espace de jeux pour les enfants à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Nous avons prévu dans notre projet comme espace essentiel à l'animation de l'établissement, une grande salle polyvalente. Elle doit être considéré comme la salle des fêtes de l'établissement et permettre de réunir le maximum de résidents et leurs familles pour des manifestations diverses : cinéma, fêtes et anniversaires, spectacles. Il convient de la situer au cœur de l'établissement, près du hall d'entrée et de la salle de restaurant. La salle doit être assez grande pour réunir autant de personnes qu'il y a de résidents ainsi qu'une partie des familles. Un local ou un équipement vidéo complétera utilement cette salle.

Nous nous sommes aussi interrogés sur l'organisation des salles destinées à l'animation autour d'ateliers et d'activités. Dans un premier temps, nous pensions à plusieurs petites salles distribuées dans les ailes des bâtiments à proximité des hébergements. Toutefois, nous nous sommes rendus compte que cette organisation ne correspondait pas à nos moyens humains, étant donné qu'il était difficile à un seul animateur (car c'est ce que nous pouvons espérer au mieux en dotation de fonctionnement) de courir dans l'établissement pour suivre et s'occuper des résidents en animation. Par ailleurs, au regard du niveau de dépendance des résidents, il paraissait prévisible qu'une part assez minoritaire s'impliquerait dans les activités proposées, cela ne voulant pas dire que beaucoup d'entre eux, n'aimeraient pas y participer en simple observateur. Nous avons donc revu le projet en concevant la salle polyvalente comme une grande salle d'animation dotée de cloisons mobiles. Cela permet de regrouper les résidents participants ou observateurs autour d'activités diversifiées en un même lieu. Une salle indépendante a cependant été prévue à proximité de la salle polyvalente. Dénommée salle de rencontre, elle permet d'organiser des petites réunions ou activités spécifiques, elle peut être également utilisée comme lieu de culte, ouvert à toutes les religions.

➤ Garantir la qualité des services de soins

La médicalisation de l'établissement se traduit par un accroissement du nombre de personnels soignants. Pour répondre à cela, il est nécessaire de prévoir : un bureau pour l'infirmière référente, un pour le médecin coordinateur, un pour le psychologue. Un bureau supplémentaire pourra être affecté aux médecins généralistes qui interviendront dans l'établissement. Un local médicament (ou une armoire à médicaments) sécurisé(s) sera installé(e) auprès du (dans le) bureau infirmier avec une porte de communication. Seront prévus également des locaux pour les aides soignantes et les agents de service hospitalier qualifiés. C'est le lieu où l'équipe soignante prépare, gère et coordonne les soins. Dans ce local, le personnel regroupe toute l'information concernant les résidents de l'unité de vie.

Des salles de bains seront installées, et considérées comme outils thérapeutiques. Le bain pour le résident doit être un moment de plaisir, un temps de relaxation ; la salle de bain doit donc être conçue comme un espace de vie à part entière. Le nombre de salles de bain doit être de l'ordre d'un équipement pour trente résidents.

Pour m'assurer les meilleures chances quant à la réalisation de ces objectifs, je me suis fait aider par des professionnels qui ont travaillé, lors de la conception architecturale du projet sur les locaux de service, les locaux techniques, les circulations horizontales, les locaux du personnel, la sécurité et la sécurisation de l'immeuble. Puis, et après validation du programme architectural, j'ai organisé un concours d'architecte qui s'est déroulé en deux étapes. Pour cela, une commission composée pour un tiers d'architectes, un tiers de représentant du maître

d'ouvrage, et un tiers de personnes expertes dans le secteur a effectué un premier choix sur dossier, pour ne retenir que trois candidats. Ensuite, cette même commission a choisi le maître d'œuvre en charge du projet, à partir des esquisses et dossiers présentés par les trois architectes retenus. Il faut cependant préciser que c'est le président de la CCSE, en tant que maître d'ouvrage, qui détient la décision finale. Il peut paraître logique que le financeur décide, mais son choix, au-delà de l'avis des membres de la commission, peut obéir à d'autres considérations.

2.1.2 Le projet de vie du nouvel EHPAD

Les établissements de Neung sur Beuvron et de la Marolle en Sologne, ont signé en septembre 2006 et juillet 2007, une convention tripartite qui fonde une nouvelle tarification et vaut engagement de l'établissement dans une démarche assurance qualité. L'objectif est de garantir à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement, les meilleures conditions d'accompagnement et de soins. Grâce à ce conventionnement, les équipes ont du travailler sur le projet de vie d'établissement et la mise en œuvre des différents autres outils prévus. Les personnels se sont ainsi familiarisés à cette démarche que nous devons reprendre pour le nouvel EHPAD, dans des conditions très particulières. Après avoir tenté de définir les différents types de projets intervenant dans le fonctionnement d'un établissement, je rappellerai la cadre réglementaire et l'évolution du secteur gériatrique, pour enfin présenter le travail réalisé avec les équipes.

A) 2.2.1.1 Définition des contenus et hiérarchisation des concepts

La démarche de projet en institution peut être qualifiée par une pluralité de concepts, issues de l'évolution des pratiques de gestion, de management et de la réglementation relative aux établissements de personnes âgées. Du projet institutionnel (ou associatif), au projet d'établissement (ou projet de vie d'établissement), sans oublier le projet de vie individuel, il n'est pas toujours facile de se repérer. Pour établir des définitions, il est possible de se référer aux travaux de normalisation de la qualité et aux éléments constitutifs pour les quels il existe un certain consensus.

a) Le projet institutionnel

Il définit le cadre des références philosophiques, morales et humaines qui inspire la démarche de l'organisme gestionnaire de l'établissement ainsi que les missions et les choix stratégiques

assignés à l'établissement pour répondre aux besoins des résidents et aux attentes de l'environnement et des partenaires.

Selon l'arrêté du 26 avril 1999, le projet institutionnel ne serait que le cadre de présentation du projet de vie et du projet de soins en étant le contenant garant de la cohérence d'ensemble.

b) Le projet d'établissement ou projet de vie de l'établissement

Le projet de vie de l'établissement pourrait se définir comme la concrétisation des orientations du projet institutionnel. Je préciserai sa fonction dans la section suivante.

c) Le projet de soin

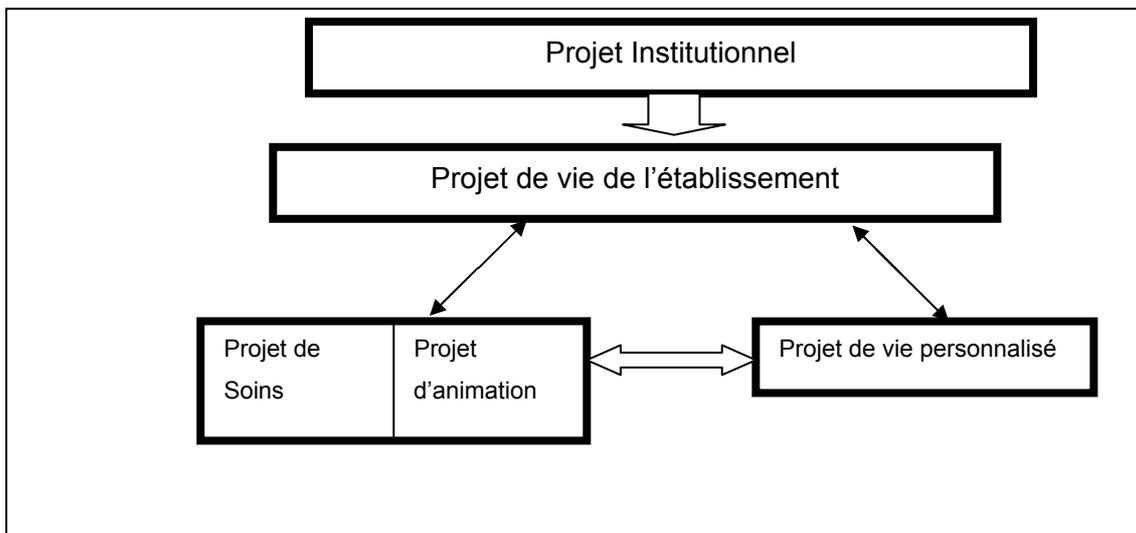
Il définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents. Il doit être cohérent avec les orientations de l'institution, prendre en considération et formaliser des procédures et des protocoles permettant une meilleure prise en charge. Le projet de soin précise également les modalités de travail en équipe et de coordination des différents intervenants de santé. Son élaboration et sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité du médecin coordinateur de l'établissement qui doit s'assurer du concours de l'équipe soignante.

d) Les projets de vie personnalisés

La démarche de projet de vie a pour objet principal de permettre à chaque résident de redéfinir et d'épanouir son projet de vie personnelle. Dès lors, les modalités selon lesquelles ces projets personnalisés seront réalisés font partie intégrante de la démarche. Certains aspects de ces projets, identifiant les attentes et désirs les plus précis des résidents peuvent être consignés dans le dossier du résident. En tant que tels les projets personnalisés de vie du résident ont vocation à nourrir le projet de vie de l'établissement. En ce sens, le projet de vie de l'établissement et les projets de vie personnalisés sont interactifs.

e) Les plans d'aide et de soins personnalisés

A partir de l'évaluation des besoins des résidents sur les plans physiologique, psychologique, social, relationnel et spirituel, une planification des interventions des personnels d'accompagnement et de soins est opérée.



B) 2.2.1.2– Le contexte historique et réglementaire

Dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées, on peut faire remonter la prise en compte de la qualité de l'accueil et des conditions de vie à la loi du 30 Juin 1975 qui « définit par convention le fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins ». Mais ce n'est véritablement qu'en 1999, avec la réforme de la tarification des établissements accueillants des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qu'apparaît l'obligation de mettre en place des démarche qualité et un outil d'auto - évaluation de la qualité appelé Angélique. Dans cette loi, la notion de qualité est intégrée sous forme de recommandations tant sur le plan architectural, (pour mieux adapter les établissements aux handicaps et aux désirs des personnes âgées), que sur le plan de l'amélioration de l'accompagnement des résidents avec l'obligation de rédiger un projet de vie et un projet de soins qui sont élaborés avec le personnel et les personnes âgées.

Cependant, si la formalisation écrite du projet de vie peut constituer une obligation réglementaire dans le cadre du conventionnement tripartite, ce n'est pas là que réside l'intérêt de son élaboration. En ce sens, la loi de 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale éclaire mieux l'intérêt du projet de vie d'établissement et son articulation avec le droit des usagers et les outils de mise en œuvre correspondants. Cette loi, au caractère majeur et intersectoriel relègue ainsi la législation relative à la réforme tarifaire des EHPAD à un rang secondaire au bénéfice d'une réflexion centrée sur l'utilisateur, sur les modalités de son expression et de sa participation au projet de l'établissement. C'est désormais sous cet angle que nous sommes appelés à une nouvelle lecture des outils et autres recommandations écrites propres à la réforme des tarifications des EHPAD : cahier des charges des conventions tripartites, référentiel angélique, etc. Les droits énoncés dans la loi 2002-2 ainsi que les instruments prévus pour leur mise en œuvre forment un ensemble de dispositions. Que ce soit le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement ou le contrat de séjour, tous ces outils

étaient déjà familiers au secteur des personnes âgées lorsqu'ils ont été découverts par les autres secteurs de l'action médicosociale.

En fait, l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle consacrait déjà un chapitre entier au projet de vie d'établissement, le décrivant comme « Un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soin. Ce dernier, défini par l'équipe soignante et le médecin coordonnateur, doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que les modalités de coordination des différents intervenants»(...). D'autres éléments doivent clairement préciser les modalités permettant de recueillir les attentes des résidents (mise en place de procédures de concertation) et de garantir la plus grande transparence des règles régissant la vie de l'établissement. La direction de l'établissement, précise encore le décret, doit fournir à la personne âgée et à sa famille une information claire sur le fonctionnement de l'institution, les droits et les obligations du résident, ses conditions d'accueil et de prise en charge et notamment lors de l'entrée en institution, à l'occasion de la remise au résident ou le cas échéant à son représentant légal, du livret d'accueil, du règlement intérieur et du contrat de séjour(...)».

Mais cette définition ne s'étend pas sur les deux volets complémentaires, projet de vie et projet de soins qui le composent, préférant s'attarder sur les informations et leurs supports destinés aux résidents et leurs familles.

La loi 2002-2 éclaire, de son côté, davantage l'intérêt du projet d'établissement qui devient une garantie de droit pour la personne accueillie en s'intégrant dans la section 2 intitulée « Droits des Usagers ». Il apparaît, par ailleurs, dans le texte législatif que l'établissement ou le service ne peut avancer seul. Celui-ci doit s'ouvrir vers l'extérieur et évaluer périodiquement la qualité des activités pour faire évoluer les projets qui les cadrent. L'article 12 rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service établi pour une durée de cinq ans et périodiquement révisé. Le projet définit les objectifs « notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que de ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». L'élaboration de ce document nécessite de recueillir, avec l'ensemble des personnels, les besoins exprimés par les usagers et d'interroger les services proposés. Ce projet constitue, ainsi, un ensemble d'objectifs et d'actions devant représenter des améliorations précises et concrètes des conditions de vie et de qualité de vie des personnes que nous accueillons.

Un tel projet se construit, en résumé, collectivement à partir d'une réflexion, mûrie par l'équipe pluridisciplinaire, autour de thèmes qui déterminent plus précisément les orientations de la vie sociale dans la structure, tels que le respect au quotidien des libertés, des droits et des choix des personnes accueillies ainsi que la prise en compte des attentes individuelles de personnes âgées.

C) 2.2.1.3 – Le pré-projet d'établissement

Il peut apparaître paradoxal et complexe d'élaborer un projet de vie (et dans une moindre mesure comme nous l'avons fait un projet architectural) avec des personnels qui ne sont pas en poste dans un établissement qui n'existe pas encore et qui travaillent dans deux établissements bien différents, mais tous deux appelés à fermer. Cependant, j'étais face à une contrainte administrative incontournable. Le dossier que je devais constituer auprès du CROSMS, demandait à ce que soit présenté un pré projet d'établissement. Les groupes de travail s'y attachèrent mais en faisant le choix de travailler à un document général reprenant, en les adaptant, les orientations et obligations réglementaires. Le projet présenté au CROSMS était articulé autour des points suivants :

a) Finalité et objectifs

Notre finalité est de permettre à des personnes dépendantes, ayant choisi ou étant obligées d'élire domicile dans l'établissement, de faire le projet d'y vivre, autant que possible comme chez elles. Pour cela, la prise en charge gériatrique institutionnelle doit être conçue comme un processus global, c'est-à-dire une suite d'interventions ordonnées interdépendantes et complémentaires, visant au final, à la satisfaction des besoins des personnes âgées entrantes dans l'institution ou déjà résidentes. Le regard positif et la considération que nous lui portons ne pouvant être réducteurs ni déficitaires, notre démarche est destinée à être orientée vers le résident dans les différentes prestations réalisées à son attention, par l'établissement (soins / sécurité / organisation de la vie quotidienne / hygiène / alimentation / vêtements / confort / logement / animation). Voyons cela plus en détail :

Notre toute première mission, consistera à accompagner la préparation à l'entrée des résidents qui viennent de leur domicile ou d'un autre établissement.

L'entrée en institution pour une personne âgée constitue, en effet, une rupture, d'autant plus éprouvante qu'elle est souvent dépossédée de cette décision. Il importe donc de vérifier préalablement et autant que possible, que la personne âgée est réellement consentante pour sa venue en maison de retraite. Un pré accueil permettra donc, lors d'une visite, d'appréhender l'environnement et l'organisation de la vie dans l'institution. La personne pourra, si elle le souhaite, déjeuner sur place. Un livret d'accueil lui sera donné et commenté. La personne pourra ainsi prendre une décision en connaissance de cause. Si la personne n'est pas en mesure de décider, l'information sera donnée à la famille.

Ensuite et lors de l'accueil, seront remis le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Dans un deuxième temps, nous accompagnerons le résident dans l'installation de sa chambre afin qu'il puisse y installer le mobilier personnel et des objets de décoration, cela afin de faciliter l'appropriation des lieux. Puis, la personne âgée accompagnée de sa famille si cela est nécessaire, sera reçue par un médecin qui recueillera des informations sur son état physique et psychique mais aussi sur ses habitudes de vie, ses goûts alimentaires, ses activités de loisirs afin de concevoir un projet individuel de vie adapté.

Enfin, nous devons être particulièrement vigilants, lors des premiers jours et semaines de vie dans la structure car il s'agit d'un cap aigu à passer. Au-delà du stress de l'entrée, il reste encore à la personne, voire à son entourage à se familiariser, à commencer à trouver ses marques dans cette nouvelle vie. Les résidents voient, en effet, généralement, leurs capacités d'adaptation déjà bien diminuées et les familles ne sont pas toujours à même d'assumer un rôle de soutien à ce moment là. Nous souhaitons qu'un soignant référent soit identifié, ce qui permettra de faciliter l'expression des personnes, d'établir un lien plus personnalisé, de mieux suivre leur adaptation, leur questionnement, celui de leur famille et de mieux les connaître.

En fin de période d'adaptation, ce parrainage se clôturera par une réunion de synthèse en équipe pluridisciplinaire.

Notre seconde préoccupation touchera au projet hôtelier en tant réponse individualisée pour chaque résident.

Le projet hôtelier consiste à proposer aux résidents des prestations correspondantes au prix facturé. Pour cela, nous veillerons donc à ce que le projet hôtelier et l'ameublement soient de qualité, le cadre de vie confortable, l'ambiance conviviale. L'organisation devra être fonctionnelle et résulter d'une volonté de loger et d'accueillir les résidents dans les meilleures conditions. Le service sera hôtelier dans sa conception, une permanence de l'accueil sera assurée. Le personnel s'engageant à respecter les règles de courtoisie en vigueur, le vouvoiement des personnes âgées sera de rigueur et ces obligations imposées au personnel seront inscrites dans le règlement intérieur du personnel.

Une boutique sera à la disposition des résidents pour leur permettre d'acheter des articles de première nécessité. La propreté de l'établissement sera traitée avec soin. Les équipements dégradés seront changés rapidement et les mauvaises odeurs seront neutralisées. L'établissement s'engage par ailleurs à proposer un soutien administratif aux résidents notamment dans les dossiers relatifs à son séjour. La levée et la distribution du courrier, lien majeur avec l'extérieur, seront assurées quotidiennement, chaque résident bénéficiant d'une boîte à lettre individuelle et d'une boîte à lettre de levée du courrier installée dans le hall d'accueil.

Notre troisième objectif concerne la restauration appelée à être individualisée

Nous souhaitons définir clairement le niveau de prestation attendu en matière de restauration, ce qui facilitera la motivation et l'implication du personnel pour la réalisation d'un projet ambitieux de restauration. Il importe de veiller à la stricte application de la méthode HACCP qui permet de garantir un bon niveau d'hygiène en cuisine.

Le repas étant un temps fort pour le résident, il est nécessaire que l'établissement propose à ses résidents des repas complets, variés, adaptés aux goûts et aux besoins alimentaires des personnes âgées. Le service restauration doit être accompagné par la mise en place d'un plan alimentaire, destiné à individualiser les repas en fonction des pathologies, de la dépendance des résidents, et de leurs goûts et de leurs dégoûts. Ce plan alimentaire doit permettre le maintien d'un équilibre pondéral, la couverture des besoins nutritionnels et le respect des goûts de chacun. Il sera établi par l'équipe de cuisine et l'équipe de soins, avec la mise en place de fiches accessibles au personnel concerné qui veille à suivre les préconisations. Une commission de menu se réunira régulièrement pour donner objectivement son avis sur les repas servis et sur les menus proposés. Elle présentera les souhaits des résidents et commentera la qualité et le déroulement du service.

Nous souhaitons, en outre, faire valider les menus par une diététicienne, en veillant cependant à ce que ses recommandations ne pénalisent pas le plaisir de la table.

Le service restauration étant régulièrement associé à l'animation, l'équipe de cuisine participera à des fêtes (après-midi crêpes, journée moules frites ou fondue, repas à thèmes, anniversaires) ou préparera des repas gastronomiques à l'occasion de fêtes rituelles organisées par l'établissement, les familles pouvant être invitées à participer à quelques unes de ces manifestations.

Au moment du repas, les résidents ayant besoin d'aide peuvent pour les plus dépendants, bénéficier d'un service décalé.

D'une manière générale, le personnel soignant sera présent au moment des repas pour distribuer les médicaments et concourir au bien-être des résidents.

L'établissement mettra à la disposition de ses résidents, un restaurant particulier pour recevoir leurs proches dans un lieu plus intime. Chacun pourra ainsi, avec l'aide de l'établissement, organiser une fête comme chez lui. Les petits déjeuners seront servis en chambre, les déjeuner et dîner en salle de restaurant (sauf contre indication médicale). A chaque repas, des plats de substitution sont proposés aux résidents. Nous prévoyons également, que les résidents puissent choisir la veille, entre deux plats pour le repas du lendemain. Une tisane pourra être servie le soir au moment du coucher. La qualité de la restauration s'imposera ainsi, comme un des éléments participant à la valorisation de la vie communautaire en apportant du bien-être aux résidents

Notre quatrième objectif porte sur l'animation de l'établissement

Je défends, à ce sujet, la conception d'une «animation globale» garantissant le maintien coûte que coûte d'une vie sociale dans l'établissement. Certes – et comme une ville ou un village - la population d'un établissement de ce type ne peut qu'être diversifiée et plus ou moins motivée pour une participation aux activités proposées par l'établissement, ce qui n'est cependant pas une raison suffisante pour ne rien faire. Toute maison de retraite est sensée apporter des réponses concrètes au sein de ses trois grandes missions: l'hébergement, l'aide à l'autonomie, et les soins. L'animation doit être considérée comme une quatrième mission à part entière de l'établissement, interactive des trois autres. Cela, non par les activités mais par la réponse globale qu'elle apporte aux résidents en organisant leur vie sociale en améliorant leur qualité de vie, en leur apportant loisirs et distractions, en intégrant une démarche thérapeutique. Aussi, elle doit :

- S'adapter aux résidents dans leur diversité ;
- Etre personnalisée, tout en évitant de l'assimiler à des activités à caractère individuel et thérapeutique,
- Lutter contre l'isolement et la solitude,
- Tenter de préserver l'autonomie du résident,
- L'aider à s'insérer en le faisant participer à des activités concrètes,
- Le rendre acteur des animations proposées,

L'animation globale apporte des réponses multiples aux personnes âgées. Plus largement, nous miserons sur une animation participative, celle-ci devant proposer des activités attractives et diversifiées ouvertes au plus grand nombre de résidents.

Ceux-ci doivent être associés, considérés comme les acteurs d'un projet élaboré en concertation avec eux. C'est parce que des résidents participeront à l'organisation des événements que les contacts entre eux seront favorisés. Il nous importe, dans ce sens, de créer les conditions pour faire face à l'apathie grandissante et au repli sur soi. Cela pourra se faire grâce à une équipe dynamique, imaginative et combative qui lutte pour éviter le désintérêt.

Le conseil de la vie sociale dont une des missions est de donner un avis «sur l'animation socioculturelle» peut assurer un rôle essentiel dans le processus d'animation globale de l'établissement. Dans l'esprit d'un établissement village, un comité des fêtes peut également être créé, pour susciter et créer des animations festives.

Les principales fêtes religieuses ou nationales, les anniversaires et les fêtes rythment la vie sociale de la résidence et aident au développement de la convivialité.

Des cérémonies religieuses seront organisées en fonction des religions représentées et l'intervention de bénévoles pour visiter et accompagner des personnes isolées sera favorisée.

Hors de l'établissement des activités seront aussi développées et une sortie extérieure sera proposée, au minimum, tous les mois. Cela peut consister en une simple promenade, en une sortie au marché ou à des activités plus organisées à vocation touristique ou culturelle, même si ces activités n'intéressent que quelques personnes. Par ailleurs, un résident peut également décider de sortir, le secrétariat sera à sa disposition pour l'y aider..

Un véhicule de l'établissement desservira plusieurs fois par semaine, le centre bourg.

Sur un autre plan, pour s'intégrer dans la vie de la cité, l'établissement organisera et participera à des actions proposées par d'autres établissements ou service aux personnes âgées, des clubs du troisième âge, des associations locales. Outre qu'il est important de développer des rencontres actives (atelier, dessin, expositions) avec les enfants du primaire comme avec les adolescents et étudiants, l'établissement favorisera les rencontres inter générations au sein de la famille. Il s'agit donc de rendre l'établissement agréable et accueillant pour que les familles se sentent chez elles (organiser une salle de jeu, installer des jeux à l'extérieur etc.).

Enfin, l'établissement s'efforcera de développer un projet de soins, optimisant les moyens et s'inscrivant dans le projet institutionnel ainsi que le projet de vie individualisé.

Soigner la personne âgée est de la responsabilité de l'établissement après qu'il ait signé la convention tripartite. La contractualisation nous impose, en effet, de nous organiser pour apporter une sécurité et une qualité de soins en assurant l'ensemble des soins prévus par la réglementation. Le projet de soins doit, par conséquent, permettre la mise en œuvre de soins médicaux et paramédicaux destinés à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, en maintenant la lucidité et le confort du malade. Cependant, il ne faut pas oublier que la maison de retraite n'est pas uniquement un établissement de soins mais représente le domicile de la personne âgée. Cela marque la volonté de respecter l'identité du résident, qui doit rester au centre du dispositif, de sorte qu'il reste autant que possible acteur de sa vie.

Un projet individuel de soins doit être construit pour chaque résident, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, et de l'infirmière référente. Il doit intégrer toutes les thérapeutiques, toutes les actions, toutes les aides nécessaires à la personne âgée, une place importante étant consacrée à la prévention. Ce projet de soin nécessite que les soignants prennent le temps de connaître la personne âgée pour mieux la comprendre.

Une attention rigoureuse sera, dans ce cadre, portée au management, à la planification et à l'organisation des soins. L'objectif est de respecter et promouvoir l'exécution des bonnes pratiques en tenant compte du nombre de salariés, de la répartition de leurs tâches (entre la dépendance et les soins) et de l'intervention des professionnels libéraux de santé.

Afin de motiver le personnel et d'améliorer leurs compétences et leurs performances, je privilégierai le travail en équipe, valoriserai son interdisciplinarité, favoriserai l'information et m'impliquerai dans une démarche de formation.

S'agissant de la coordination des soins, rappelons que les transmissions sont essentielles dans la prise en charge des résidents. Elles permettent, en effet, de planifier les tâches de la journée, les surveillances à établir et les consultations des intervenants libéraux à programmer. Chaque agent, suivant les heures d'arrivée, consultera le cahier de transmissions où sont relatés les événements sur 24 heures et les problématiques liées aux résidents. Chaque jour, des transmissions orales seront assurées à différents moments de la journée lors des changements d'équipe.

Je souhaite que des transmissions pluridisciplinaires aient lieu chaque semaine. Elles auront pour objectif d'informer les soignants sur l'institution, la mise en place de nouvelles organisations, le réajustement de certains fonctionnements. Elles permettront également d'aborder certaines problématiques concernant les résidents. Menées par le médecin coordinateur et/ou l'IDE coordinatrice, ces réunions seront un lieu d'expression pour tous.

Concernant la prise en charge dans le cadre de l'unité spécifique pour malades désorientés, nous avons conçu l'unité d'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer comme un lieu clos mais espace de liberté.

Notre projet de vie concernant ces résidents dérogera à certaines règles institutionnelles habituellement établies afin de créer un milieu de vie adapté. Ainsi, les horaires de la journée seront structurés autour des activités quotidiennes mais en toutes liberté comme c'est le cas chez soi.

La déambulation étant un comportement classique pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, le déplacement de la personne doit être mis à profit pour qu'elle puisse l'exercer sans contrainte et même en tirer un bénéfice. Il faut par ailleurs ajouter que souvent la déambulation est liée à l'anxiété et à la perte de repère dans l'espace. Nous avons donc prévu un circuit de déambulation complété par deux jardins tous deux directement accessibles de la zone de déambulation. Ces jardins sont fermés et l'ensemble de la zone est sécurisé mais toutes les portes à l'intérieur de la zone resteront ouvertes.

Plus largement, notre projet de vie concernant la prise en charge des personnes désorientées et Alzheimer repose sur la volonté de maintenir, consolider, voire restaurer les capacités cognitives, praxiques, mnésiques et physiques et de revaloriser l'image de la personne âgée en lui garantissant sa liberté à l'intérieur de l'institution. Une telle unité n'a pas pour objectif d'isoler les résidents rejetés par les autres mais d'optimiser l'environnement et la prise en charge en fonction de leurs déficiences. Enfin, nous serons vigilants à ce que le besoin de surveillance et d'assistance pour les activités de la vie quotidienne ne serve pas d'alibi à la perte d'intimité pour les résidents. Le choix étant laissé entre la solitude et la participation aux activités, il y aura des frontières clairement définies entre les espaces publics et les espaces privés et que jusque dans la chambre, ces limites seront clairement définies.

Les résidents de cette unité seront associés régulièrement et aussi souvent que possible aux activités organisées par l'établissement.

Il m'est apparu nécessaire de faire état du document autour duquel les groupes de travail ont trouvé une forme de consensus. C'est à partir de cette base que se fera l'approfondissement et la mise en action du futur projet de vie de l'établissement. Ce travail va se prolonger et s'approfondir à partir de mars 2008, avec les personnels ayant choisi de travailler dans le nouvel EHPAD et désireux de contribuer à la conception du fonctionnement de leur futur lieu de travail. Il m'apparaît que l'animation de ce groupe, dont les résultats seront retransmis, est un élément porteur et fédérateur qui pourra faciliter la direction de cette structure naissante.

2.2 Place et rôle des différents acteurs et instances intervenant dans le projet

Dans le schéma figurant en introduction de la deuxième partie, qui présente le déroulement des étapes du projet, apparaissent les mentions « QUI » et « AVEC QUI ». Après avoir défini les fonctions de chacun, j'analyserai leurs interactions et jeux de pouvoirs. Je compléterai cette analyse en traitant de la création de l'organe de gestion du nouvel EHPAD : un CIAS.

2.2.1 Le Maître d'ouvrage et son équipe

La Communauté de Communes de la Sologne des Etangs est, nous l'avons dit, le maître d'ouvrage. Le maître d'ouvrage est la personne morale pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle, une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre. Il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec le maître d'œuvre et les entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux. Le maître d'ouvrage définit dans le programme, les objectifs de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire ainsi que les contraintes et exigences de qualité sociale, urbanistique et architecturale, fonctionnelle, technique et économique, d'insertion dans le paysage et de protection de l'environnement, relatives à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage.

La CCSE n'ayant pas à sa disposition les compétences pour être force de proposition est essentiellement, à travers le conseil communautaire, une chambre d'enregistrement. En effet, le conseil communautaire, composé de 33 conseillers (3 par commune) et de 11 maires (qui

constituent le bureau) doit, au regard de la réglementation valider par une délibération chaque décision ou étape importante, procédure préalable indispensable à l'avancement du processus. Dans sa définition, le maître d'ouvrage est porteur du projet et donc, force de proposition. Cette responsabilité a été assurée par le président du conseil communautaire de la communauté de Communes de la Sologne des étangs. Ce rôle lui a été délégué au regard de son profil de chef d'entreprise et homme d'affaire. Il a indéniablement la compétence et le dynamisme pour tenir ce rôle. Cependant, son efficacité est assurée par l'équipe dont il a su s'entourer. Les textes prévoient en effet, que maître de l'ouvrage peut confier les études nécessaires à l'élaboration du programme et à la détermination de l'enveloppe financière prévisionnelle à une personne publique ou privée. Le maître d'ouvrage a ainsi confié à la SEM du Loir et Cher, l'étude de faisabilité à partir de laquelle la construction a été décidée. Ce choix a été fait dans le cadre d'un appel d'offre pour assurer la délégation de maîtrise d'ouvrage. L'entité en question est un prestataire qui a pour mission de conduire l'opération sur le plan technique, législatif et réglementaire sous l'autorité du maître d'ouvrage, en lui apportant son expertise. Un chargé d'opération est responsable du dossier.

Moi – même, en tant que directrice d'établissement en charge du projet, je suis directement sous l'autorité du président de la CCSE et le représente en réunion. Apportant ma compétence en matière de fonctionnement des EHPAD et de leur réglementation, Je suis en charge du dossier pour traiter des aspects de relations avec les résidents et leur famille, ainsi qu'avec le personnel. J'ai également la responsabilité des groupes de travail que j'ai créé et que j'anime et du comité de pilotage. Je dois aussi mettre en place l'organisation du nouvel EHPAD dans sa globalité pour en assurer un fonctionnement opérationnel et bien sûr planifier le transfert des résidents. Ayant monté le financement (demande de subventions) et constitué le dossier CROSMS - ainsi que pour tous les autres aspects de ma fonction que je viens d'évoquer- je suis l'interlocutrice des organismes de tutelle,

Le troisième acteur est le maître d'oeuvre, choisi dans le cadre d'un concours d'architecte organisé par mes soins (procédure expliquée précédemment). Rappelons que le maître d'oeuvre est la personne de droit privé, ou le groupement de personnes de droit privé qui doit permettre d'apporter une réponse architecturale, technique et économique au programme. Le maître d'oeuvre est la personne physique ou morale qui, pour sa compétence technique, est chargée par le maître de l'ouvrage de diriger et de contrôler l'exécution des travaux et de proposer leur réception et leur règlement.

Nous avons eu à trouver un mode de fonctionnement où chacun remplissait son rôle (tel que décrit précédemment), tout son rôle et rien que son rôle. Il m'a été parfois nécessaire de rappeler que les décisions ne pouvaient se prendre sans mon accord. Ma place a été vite identifiée par la délégation de maîtrise d'ouvrage et nous avons réussi à avancer en jouant sur nos complémentarités. Un respect réciproque s'est installé basé sur la confiance. Par contre,

les relations avec le maître d'œuvre restent difficiles car, il a tendance à ignorer ses partenaires pour traiter directement avec le président de la CCSE. J'ai dû faire de nombreuses mises au point, rappelant que nous devons avancer ensemble et que j'étais seule à pouvoir solliciter le président, si je le jugeais nécessaire. J'ai également interpellé le président, pour clarifier ma position.

Le maître d'ouvrage s'est doté en outre, d'instances consultatives pour garantir un projet correspondant au mieux aux besoins et contraintes spécifiques à un EHPAD.

2.2.2 Le comité de pilotage

Un mois après ma prise de poste, j'ai organisé la première réunion du groupe de pilotage. L'objectif était double : informer et faire circuler l'information entre les différents acteurs, les associer aux difficultés et aux décisions. En effet, il m'est apparu rapidement que les tutelles étaient mises à l'écart. Par ailleurs, de nombreuses rumeurs circulaient dans la population locale et dans les établissements. La transparence, pourtant essentielle pour un tel changement dans la prise en charge des personnes âgées du territoire, n'existait pas. Certains avaient fini par se convaincre, sans doute pour se rassurer, que rien n'allait changer (depuis le temps qu'on en parlait et que rien n'arrivait). Blocage, incertitude, colère, inquiétude traversaient les personnels, les résidents et leur famille.

La constitution du comité de pilotage s'est fait en concertation avec le président de la CCSE. En font parties les différentes administrations, le député, le conseiller général en charge des personnes âgées, les personnels et directions des établissements concernés.

Ni les résidents, ni leur famille n'ont été invités à participer au comité de pilotage. Il peut paraître paradoxal que les premiers concernés et bénéficiaires soient tenus à l'écart. Ce qui a présidé à ce choix par la CCSE découle, en réalité, du fait que seules les compétences techniques étaient recherchées. Il semblait, en effet, pour certains, préférable d'informer régulièrement les usagers, sans les associer. Au delà de ce prétexte de la technicité, je me suis rendue compte que les usagers et leurs familles ne souhaitaient pas de changement dans leur situation. L'établissement dans lequel ils habitaient, leur convenait et s'il y avait des problèmes, ceux-ci tenaient, à leurs yeux, à l'organisation et au personnel plus qu'à l'infrastructure. Par ailleurs, cette nouvelle construction se traduirait - jugeaient-ils - par une augmentation significative du prix de journée redoutée par tous. Enfin, un déménagement avec sa perte des repères était source d'appréhension. Aussi, personne (élus, administrations) ne voulait prendre le risque d'avoir à gérer cette hostilité, déjà présente chez les personnels.

On peut donc dire que le comité de pilotage s'est donné comme mission symbolique de faire le bonheur des résidents malgré eux.

Il a été décidé que les réunions se feraient en fonction de l'avancement du dossier. En fait, les réunions étaient très nombreuses au démarrage, pour se raréfier progressivement. Pour chaque comité est transmis un ordre du jour et un compte rendu est adressé à chaque membre. Il est demandé plus particulièrement aux représentants du personnel de diffuser le contenu du document à l'ensemble des personnels et résidents.

Les groupes de travail se sont constitués pour permettre au personnel de s'impliquer dans la conception et l'organisation du nouvel EHPAD. Ils ont largement contribué à l'élaboration du programme architectural et du pré. projet de vie d'établissement. En faisaient partie, des personnels techniques (agents d'entretien, agents de cuisine et buanderie, animateurs, personnels soignants et agents hospitaliers). Chacun a pu apporter son point de vue, en fonction de sa pratique et de son expérience. Les conseils et orientations dégagés sont venus alimenter les réunions du comité de pilotage. Cependant qu'on ne s'y trompe pas, le comité de pilotage et les groupes de travail sont seulement consultatifs, la décision concernant l'ensemble des dossiers, appartient au conseil communautaire. Malgré tout, animant les groupes de travail et organisant le comité de pilotage, j'ai eu en charge de présenter, à chaque conseil, les éléments importants pour lesquels une décision devait intervenir et j'ai pu ainsi faire passer les idées que je pensais importantes. Je me suis faite ainsi le relais des instances de travail et ai dû convaincre les élus de positions et de choix qui ne leur étaient pas apparus utiles ou pertinents.

Au fil des réunions de conseil et de l'avancement du programme, les élus communautaires se sont peu à peu réellement impliqués. La prise en charge de personnes dépendantes, et plus largement l'action sociale, se sont faites une petite place au cœur des préoccupations. Administrativement, le président et moi-même savions qu'il était nécessaire de créer une instance de gestion pour le futur établissement, en l'occurrence un CIAS. Or cette création impliquait la disparition des centres communaux d'action sociale (CCAS) présidés par le maire de la commune et ayant pour vocation de développer l'action sociale auprès de la population. Dans les petites communes rurales, le maire tient à ce rôle même s'il se limite à des aides ponctuelles ou à l'organisation de certaines manifestations. Malgré leurs réticences initiales, les élus ont finalement voté à l'unanimité, pour la création d'un CIAS.

2.2.3 Le CIAS

Je me suis efforcée, dans la première partie de ce travail, de montrer l'intérêt que présente la création d'une Communauté de Communes dans les zones rurales, reflet d'une nouvelle approche territoriale. Le CIAS, émanation de l'intercommunalité, a été évoqué. Instance de gestion du nouvel EHPAD, il me paraît nécessaire d'en préciser la nature et les fonctions et

en préalable, je rappellerai la spécificité de l'action sociale en milieu rurale. A ce sujet, pour les populations de ce milieu, le maire est l'interlocuteur désigné pour répondre aux questions d'ordre social. Il est même le seul reconnu comme légitime, pour agir alors que les seuls moyens communaux sont très souvent insuffisants pour répondre aux multiples attentes. En plus de l'absence de moyens humains et financiers, les communes rurales connaissent d'autres particularités. Les problèmes sociaux y sont diffus. De même, comme il existe encore une forte interconnaissance des habitants, certains n'osent pas faire appel à la collectivité en cas de difficulté, d'autres encore dissimulent leur réalité. A l'inverse, les populations en difficulté d'origine urbaine qui s'installent en milieu rural ont une pratique directe d'accès aux droits qui bien souvent, heurtent les secrétaires de mairie et les élus

La question de fond réside dans l'attachement du maire à vouloir continuer à connaître la situation de ses administrés pour poursuivre une tâche de régulation sociale qu'il assure sur la commune. Implicitement, le maire se positionne comme médiateur local et comme garant de la cohésion sociale de la commune. Aussi, la création d'un CIAS, qui doit être approuvé par les 2/3 des élus du conseil communautaire, représentant 50% de la population de l'intercommunalité, doit s'accompagner d'une explicitation du rôle et de l'efficacité des communes dans le cadre d'une structure sociale intercommunale.

Pour préparer cette création, j'ai eu ainsi à organiser plusieurs rencontres avec les élus, et notamment les maires. Il s'agissait de leur faire comprendre qu'une pratique intercommunale de développement social, pour être pleinement opérationnelle, exige un échelon intercommunal fortement impliqué. Plus précisément, j'ai insisté sur le fait que l'action sociale intercommunale conforte le rôle essentiel de proximité qu'assure généralement le maire : situation d'écoute des difficultés et des attentes, connaissance des situations, capacité de médiation etc. Une intercommunalité à vocation sociale consiste, en effet – pensons-nous – avant tout, au regard de la réalité de l'action sociale communale en milieu rural, à exercer collectivement de nouvelles responsabilités. Il s'agit bien d'une approche différente de celle qui a prévalu pour bâtir d'autres formes d'intercommunalité : les communes ont effectivement exercé des compétences dans des domaines tels que la scolarisation des enfants, la création de zones d'activités, l'entretien du patrimoine, du cadre de vie, etc. En évoluant vers un cadre intercommunal, les communes ont alors transféré, dans les faits, des compétences précédemment exercées. Mais dans le domaine de l'action sociale, rares sont les communes qui ont à transférer une ou des compétences déjà exercées. La mise en œuvre d'un projet social intercommunal demande donc, bien souvent de découvrir et d'exercer ensemble une nouvelle compétence. C'est ce qu'on observe pour la CCSE à travers la création d'un EHPAD intercommunal.

Au-delà de ce contexte global, sans doute est-il nécessaire de préciser, de manière générale, le positionnement, le cadre légal et les attributions du Centre Intercommunal d'Action Sociale.

« Le CIAS est une institution qui correspond à l'esprit des lois de la décentralisation, alliant une logique de proximité à une logique territoriale, jouant la complémentarité des actions grâce à une concertation accrue avec les différents partenaires locaux »²¹ C'est la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005 qui offre une base législative incontestable à la mise en place d'une politique sociale à l'échelle intercommunale. En effet, les communautés de communes ont la possibilité de choisir un bloc de compétences optionnelles nouveau dénommé « Action Sociale d'intérêt communautaire » dont l'exercice peut être confié en tout ou partie à un centre intercommunal d'action sociale.

La création d'un CIAS n'est pas obligatoire pour la structure intercommunale, le code général des collectivités territoriales indiquant que la communauté de communes « peut » et non « doit » confier l'exercice de la compétence action sociale d'intérêt communautaire à un CIAS. Il appartient donc aux élus communautaires de déterminer quelles seront les attributions confiées au CIAS et quelles seront celles dont l'exercice incombera à l'intercommunalité, voire à d'autres partenaires, dans un souci d'efficacité de l'action publique et non dans la cadre de velléités d'hégémonie de l'un sur l'autre. Cependant, pour les attributions relevant de la compétence exclusive du CCAS (instruction de dossiers d'aide sociale légale, gestion en direct des établissements sociaux et médicosociaux...), le basculement à l'intercommunalité ne pourra se faire que via un CIAS. Par ailleurs, la loi met en place un mécanisme de transfert automatique des attributions des CCAS vers les CIAS, mais celui-ci est explicitement lié à la création d'un CIAS. Enfin, la mise en place d'un CIAS et son développement peuvent être progressifs.

Cette possibilité a fortement rassuré les élus de la Communauté de Communes de la Sologne des Etangs, effrayés à l'idée d'un développement trop rapide de l'action sociale sur le territoire, et surtout du budget y afférant. Cela permet au CIAS de faire ses preuves sur quelques attributions, et permet de faire évoluer les mentalités et d'intégrer une organisation nouvelle de l'action sociale. Le CIAS est donc un outil évolutif et ses attributions vont pouvoir s'enrichir au rythme de la redéfinition de l'intérêt communautaire.

Le CIAS a un statut identique à celui d'un CCAS, celui d'établissement public administratif. De ce fait,

Le CIAS a un budget propre, voté par le conseil d'administration indépendamment du budget de l'EPCI (même si ce budget est équilibré par une subvention de l'EPCI)

- il peut recruter son propre personnel,
- Il a la capacité d'ester en justice en son propre nom
- Il peut accepter des dons et legs qui lui sont faits, acquérir son propre patrimoine,

²¹ Marie Périnovich « L'action sociale intercommunale » SYROS 1996.

2.3 Le management du projet

Concernant la mise en œuvre concrète du projet, certaines actions sont déjà engagées, d'autres restent encore à entamer. L'ensemble soulève toutefois, en plus des aspects déjà évoqués, un certain nombre d'interrogations nécessitant des réponses précises à savoir : le coût de l'opération et son financement ainsi que leurs répercussions sur le prix de journée pour les résidents, la gestion du chantier de construction, l'organisation fonctionnelle du nouvel établissement, les modalités de constitution des équipes et enfin le déménagement des résidents. Je pense donc nécessaire de m'y arrêter.

2.3.1 Trouver un équilibre entre nos ambitions et les moyens disponibles

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le cabinet chargé de l'étude de faisabilité du projet, avait comparé le coût d'une rénovation de bâtiments existants avec celui d'une nouvelle construction. Beaucoup d'étapes et de variables viennent influencer le prix (le plus souvent à la hausse) et ce d'autant plus que nous travaillons dans le cadre des marchés publics. Le projet à partir de l'esquisse retenue (et donc l'architecte) a donné lieu à l'Avant Projet Sommaire, puis l'Avant Projet Définitif et enfin au Dossier d'Exécution des Travaux. Au cours de ces phases, les éléments techniques se sont affinés, moi-même ayant souvent à arbitrer, pour arriver à un dossier pouvant servir de base aux appels d'offres. Cela peut se traduire par le schéma suivant :

PREPROGRAMME	3 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Politique publique : objectifs globaux et spécifiques aux EHPAD ; - Contexte spécifique : Etat des lieux, contraintes, structures en place ; - Définition du nombre et de la typologie du public ; - Premiers scénarios sommaires - Choix stratégiques : localisation, modes de prise en charge
PROGRAMME (Avant Projet Sommaire)		
Fonctionnement	2 A	<ul style="list-style-type: none"> - Conception et définition des services et des fonctions - Détermination des activités - Définition des exigences et critères d'évaluation - Performance du bâtiment

Équipement	4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des équipements - Conception des équipements - Performance des équipements
Pré étude et concours D'architecte	6 mois	
Bâtiment	3 A	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des critères dans la forme - Identification de la réglementation en vigueur - Définition de l'organisation de l'espace
Environnement	4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des critères d'environnement - Définition du site dans son contexte - Définition des matériaux, ergonomie, confort - Climatisation, isolation, chauffage, éclairage, sécurité.

PROGRAMME DEFINITIF		
APD		<ul style="list-style-type: none"> - Avant-projet détaillé fonctionnement/gestion ; - Avant-projet détaillé équipements ; - Avant-projet détaillé bâtiment ; - Acceptation avant-projet détaillé ; - Révision de l'APS, du budget et du calendrier ; - Mise en adéquation du programme avec le projet d'exécution ;
Préparation de l'exécution	5 A 6 Mois	<ul style="list-style-type: none"> - Création de la structure de gestion (CIAS) ; - Préparation des spécifications techniques détaillés et des plans d'exécution des ouvrages ; - Affinement du budget avec la liste détaillée des dépenses ; - Préparation du dossier de consultation des entreprises ; - Passation des marchés ;
Gestion du projet		<ul style="list-style-type: none"> - Réception des réponses - Sélection des entreprises

Au cours de l'APS, ont été chiffrés les investissements et les charges fonctionnelles .A partir de là, j'ai recherché et validé les sources de financement et établi le calendrier de réalisation. A l'issue de cette phase, le maître d'ouvrage, assisté de mes conseils et des informations des groupes de travail, a fait des remarques sur l'APS. Ont également été définies avec l'équipe technique (MOD/M. Ouvrage) les options et variantes.

Le coût de l'opération s'est révélé beaucoup plus élevé que prévu initialement.

Dépenses	Montant HT en Euros*	
	Enveloppe initiale	Enveloppe rectifiée au 30/06/2007
Travaux	5 700 000	6 715 769
Maître d'œuvre et OPC	616 000	573 831
Contrôle technique et SPS	74 200	32 744
Frais divers	303 706	287 497
Assurance	0	0
Etudes complémentaires	20 000	11 875
Actualisation des prix	0	357 622
Sous Totaux	6 713 906	7 979 338
Prestation du mandataire	138 000	138 000
TOTAUX	6 851 906	8 117 338

*le montant est présenté hors taxes car la CCSE récupère le FCTVA

Au total, le montant global de l'opération a augmenté de 11.84%,relativement à l'estimation initiale, ce qui correspond à un montant supplémentaire de 1 265 432 euros.

Les appels d'offres concernant un certains nombre de lots (dont la maçonnerie, la couverture) ont été jugé infructueux, les propositions de prix des entreprises étant supérieures de plus de 30% au montant prévu par l'architecte. Nous avons donc dû relancer un appel d'offre pour plusieurs lots, en revoyant à la baisse certaines prestations et fournitures. Un gros travail a été fait avec l'architecte et les bureaux d'étude techniques pour trouver des sources d'économie sans altérer de manière importante la qualité du bâtiment. Malgré tout, le budget initial a explosé. Cependant, nous n'avons pas eu à souscrire un nouvel emprunt car nous avons obtenu une subvention de la CNSA qui n'était pas prévue dans notre plan de financement initial

Aide à l'investissement CNSA	1 800 000
Conseil général	1 729 580
Conseil Régional (convention département région)	537 000
Emprunt*	4 050 758
Total	8 117 338

*L'Emprunt contracté est en réalité de 4 500 000 euros.

Dans le système de financement du fonctionnement des EHPAD, une partie reste à la charge du résident Elle correspond aux frais relatifs à l'hébergement, (les frais afférant à la dépendance sont financé par le conseil général et la partie soins par la DDASS). Malgré tout, il m'a semblé important que le prix de journée soit maîtrisé, car trop élevé, il serait de nature à mettre des familles en difficulté et augmenterait, par conséquent, le recours à l'aide sociale, source de dépenses pour le conseil général. Or, les frais financiers générés par l'emprunt, rentrent dans le chiffrage du prix de journée. A ce propos, j'ai calculé qu'une augmentation de 100 000 euros avait une répercussion de 0.28 euros sur ce prix. Le prix de journée de base devrait être de 47.38 euros soit 50.57 euros à la charge du résident de GIR 5 et 6. (Voir annexe 1).

2.3.2 Le chantier de construction

La construction est la concrétisation de plusieurs mois de travail. Avec son démarrage, c'est une étape décisive qui débute, sans que, pour autant, les autres aspects du programme ne s'interrompent. Ainsi, la pose de la première pierre organisée le 4 juin 2007, moment symbolique, témoignait du fait que nous n'étions plus dans un projet virtuel mais que nous avons obtenu les autorisations et les financements, constituer l'équipe des entreprises et surtout, que l'EHPAD, dont nous parlions depuis plus de trois ans allait enfin « exister ».

Préalablement au démarrage du chantier, une fois l'équipe de construction trouvée, quatre réunions en ma présence, ont permis de valider le calendrier de construction, de planifier les interventions des différents corps d'état, et de régler les problèmes administratifs et de sécurité. La durée du chantier est prévue pour 18 mois, des réunions de chantier ayant lieu toutes les semaines, organisées par le maître d'œuvre et le maître d'ouvrage délégué, en présence des entreprises concernées. J'y participe une fois par mois, pour faire le point et donner mes observations. Cela devrait me permettre également de découvrir des erreurs ou des oublis à rattraper, quand il sera encore temps de le faire (des modifications et des travaux supplémentaires en cours de chantier générant des surcoûts importants). S'agissant de l'avancement des travaux, nous avons prévu avec le maître d'œuvre et le maître d'ouvrage délégué, trois phases de validation :

- la fin de la réalisation du clos couvert
- le passage des fluides
- le prototype de finition : la chambre témoin.

Ce dernier, prévu mi mars 2008, nous permettra de vérifier et de valider les prestations (lavabo, cuvette des WC, barre de relèvement, luminaires), de vérifier leur emplacement et celui des luminaires ainsi que ceux des prises électriques et appels malades.

Lorsque les travaux seront terminés, en novembre 2008, il restera à effectuer un contrôle pour émettre des réserves et à préparer le passage de la commission de sécurité. Il est essentiel de le faire soigneusement avec l'architecte, le bureau de contrôle et l'entreprise en charge du courant faible et du système de sécurité incendie (SSI). C'est seulement, en effet, après un avis favorable de la commission de sécurité que les bâtiments rentrant dans les conditions requises pour accéder au statut d'EHPAD pourront accueillir du public.

2.3.3 L'organisation administrative et fonctionnelle

L'organisation d'un établissement ne peut plus être pensée indépendamment de la notion de qualité. Ainsi que je l'ai dit précédemment, la réforme de la tarification, puis la loi de 2002 ont entraîné le secteur médicosocial et plus particulièrement celui des établissements d'accueil pour personnes âgées dans une nouvelle approche qui consiste à mettre le résident au centre du dispositif. Il s'agit bien là d'une « démarche qualité » qui demande une organisation ; une réflexion en profondeur sur les pratiques de l'établissement, l'implication et la modification si nécessaire des pratiques du personnel et un travail en transparence. La qualité est définie selon la référence ISO 8402 stipulant que: «C'est l'ensemble des propriétés et des caractéristiques (d'un produit, d'un service, d'une entité) qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites »²⁴, ce qui nous renvoie à une exigence de conformité en apportant notamment, une réponse à, qui fait quoi, comment, où et pourquoi. De plus, l'assurance qualité doit se confondre avec un ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux données relatives à la qualité »²⁵. Elle nécessite, donc, de se référer à des standards, à des critères et d'exercer un contrôle afin de détecter les événements indésirables et les corriger. C'est aussi et surtout l'expression d'un désir et d'une aptitude à bien faire, passant par l'accumulation des petits gestes qui utilisent au mieux les connaissances de chacun et les moyens de l'établissement, c'est enfin la symbiose de l'ensemble des prestations offertes aux résidents. Dans un EHPAD, le terme qualité intègre « confiance, satisfaction et relation durable, mais aussi sécurité, qualité de vie.....des résidents »²⁶. Cependant, la démarche qualité ne consiste pas à accepter et répondre favorablement à toutes les demandes. Il s'agit de respecter ses engagements quoi qu'il arrive et, en cas de défaillance, d'être en mesure de mettre en place de nouveaux moyens c'est-à-dire de respecter ce qu'on a dit et/ou

²⁴ MACHET G., NATHAN G « Qualité : définitions et concepts », *Technologie santé*, n° 25, avril 1996, p 87-94.

²⁵ *Décideurs en Gérontologie*, n°55, juillet août 2003.

²⁶ Ibidem

écrit. L'objectif premier de la démarche qualité est, ne l'oublions jamais, le bien être et la satisfaction des besoins des résidents auxquels l'établissement doit s'adapter. Plus précisément, l'offre d'une prestation de qualité, dans un EHPAD, ne peut se concevoir que si, dans un premier temps, on considère la personne âgée, ainsi que je l'ai déjà signalé, comme une entité unique inscrite dans une population non homogène. En effet, chaque personne a des besoins, des demandes même, (qui vont au delà de ces besoins) qui requièrent une réponse ajustée et personnalisée. Mais elle a aussi des envies et des désirs qui doivent être satisfaits par un travail d'équipe. L'offre de service, pour mériter une telle appellation, doit, par conséquent, être entendue comme une réponse apportée à un « client » et satisfaire une demande. Cette plus grande attention à la demande ne peut se concevoir sans une revalorisation des statuts des résidents en institution et conduit sur le terrain de l'éthique. Les collectivités publiques et les autorités de tarification sont, du reste, de plus en plus attachées à ce qu'une contrepartie, en termes d'amélioration objective de la qualité de service rendue soit apportée à leur contribution financière. Tant du côté des gestionnaires que des financeurs, émerge ainsi, la nécessité d'objectiver la qualité du service rendu aux personnes âgées et à leur entourage. La définition de la qualité précédemment citée nous ramène à la capacité d'une entité à satisfaire les besoins exprimés et/ou implicites de ses clients. Or dans le cas d'un établissement, la notion de qualité pose, pour le moins, deux difficultés. La première repose sur la définition même de besoin. De quoi parle-t-on au juste? Des besoins primaires tels que se loger, se nourrir, se soigner, ou intègre-t-on aussi dans ce concept, les besoins plus existentiels relatif à l'épanouissement de la personnalité tels que la créativité, la vie sociale et spirituelle. Cette attention apportée à la prise en charge globale de la personne doit fonder l'organisation du nouvel établissement. Si l'on se réfère à la pyramide de Maslow, beaucoup des besoins de la personne renvoient à une satisfaction de nature subjective, puisqu'elle renvoie à la qualité de vie telle qu'elle est perçue par la personne elle-même. Se pose la question de l'évaluation.

La seconde difficulté porte sur l'identification du « client ». S'il est couramment admis que le client est celui qui paie, dans le cas des EHPAD, le client peut être, en effet, à la fois la personne âgée, la famille et un organisateur ou la collectivité qui finance. La relation client fournisseur, à la base de tous les systèmes qualité, prend ici, la forme de configurations plus complexes compromettant le recueil d'une appréciation univoque du service. Il faut donc regarder avec beaucoup de réserve le fait d'ériger la satisfaction du client comme objectif unique car elle risque de réduire notre projet au traitement des seules demandes explicites exprimées par les résidents les plus consuméristes, les plus revendicatifs, ou les plus à même de se faire entendre.

D'autre part, la mise en œuvre de l'organisation administrative et fonctionnelle du nouvel EHPAD passe par l'application des décrets sur la réforme de la tarification d'avril 1999 qui invitent les partenaires conventionnels à s'engager dans une démarche qualité garantissant à toute personne accueillie en établissement les meilleures conditions de vie d'accompagnement

et de soins. La loi de 2002 confirme l'engagement des établissements dans la démarche qualité et les conditions d'évaluation. Pour cela, nous appliquerons dans la lettre mais surtout dans l'esprit, la démarche et les outils devenus obligatoires (projet de vie, projet individuel, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale....) en pratiquant une prise en charge pluridisciplinaire mais individualisée, de l'accueil dans l'établissement à l'accompagnement de fin de vie, soucieuse du confort matériel et moral de la personne, en maintenant au mieux son autonomie. Pour définir ma conception de ce que doit être le sens du fonctionnement d'un établissement, je reprendrai les propos de Jean-Pierre Hardy et Jean-Claude Delnatte²⁷ qui dans les conclusions de leur livre sur la réforme financière des EHPAD (« La réforme financière des EHPAD ») souhaitent que soit « intégré le fait que la qualité de vie fait plus pour l'espérance de vie des résidents en EHPAD, que l'obsession de la prise en charge médicale technique et la multiplication des prescriptions sécuritaires, notamment en matière d'incendie et d'hygiène alimentaire.

2.3.4 Le personnel

Le nouvel établissement, résultant de la fermeture de deux autres structures, les personnels devront constituer une nouvelle équipe. Cependant, le changement de statut (expliqué dans la première partie), complexifie le transfert des agents. En effet, tout comme les résidents ont le choix de l'établissement susceptible de les accueillir, les agents peuvent décider de rester dans la fonction publique hospitalière. Or, pour travailler dans le nouvel EHPAD, il est indispensable d'être rattaché à la fonction publique territoriale. La constitution de la nouvelle équipe est déjà plus ou moins déterminée dans son volume et sa nature (effectif et qualification) par le Conseil Général et la DDASS. ; Plus précisément, la négociation des conventions tripartites pour les établissements actuels (qui se traduit par l'octroi de moyens supplémentaires en personnel) s'est faite en anticipant sur l'organigramme de l'établissement en construction. La marge de manœuvre est très étroite, contraint par les règles d'attribution des moyens en personnels en fonction de la DOMINIC²⁸ et du prix de journée.

L'établissement devant ouvrir en janvier 2009, je souhaite être à peu près au clair sur les effectifs et la nature des personnels prêt à faire partie de la nouvelle équipe. Il faut pour cela, et c'est en cours depuis plusieurs semaines, informer l'ensemble des personnels globalement sur les avantages, les inconvénients et les risques éventuels d'un détachement d'une fonction

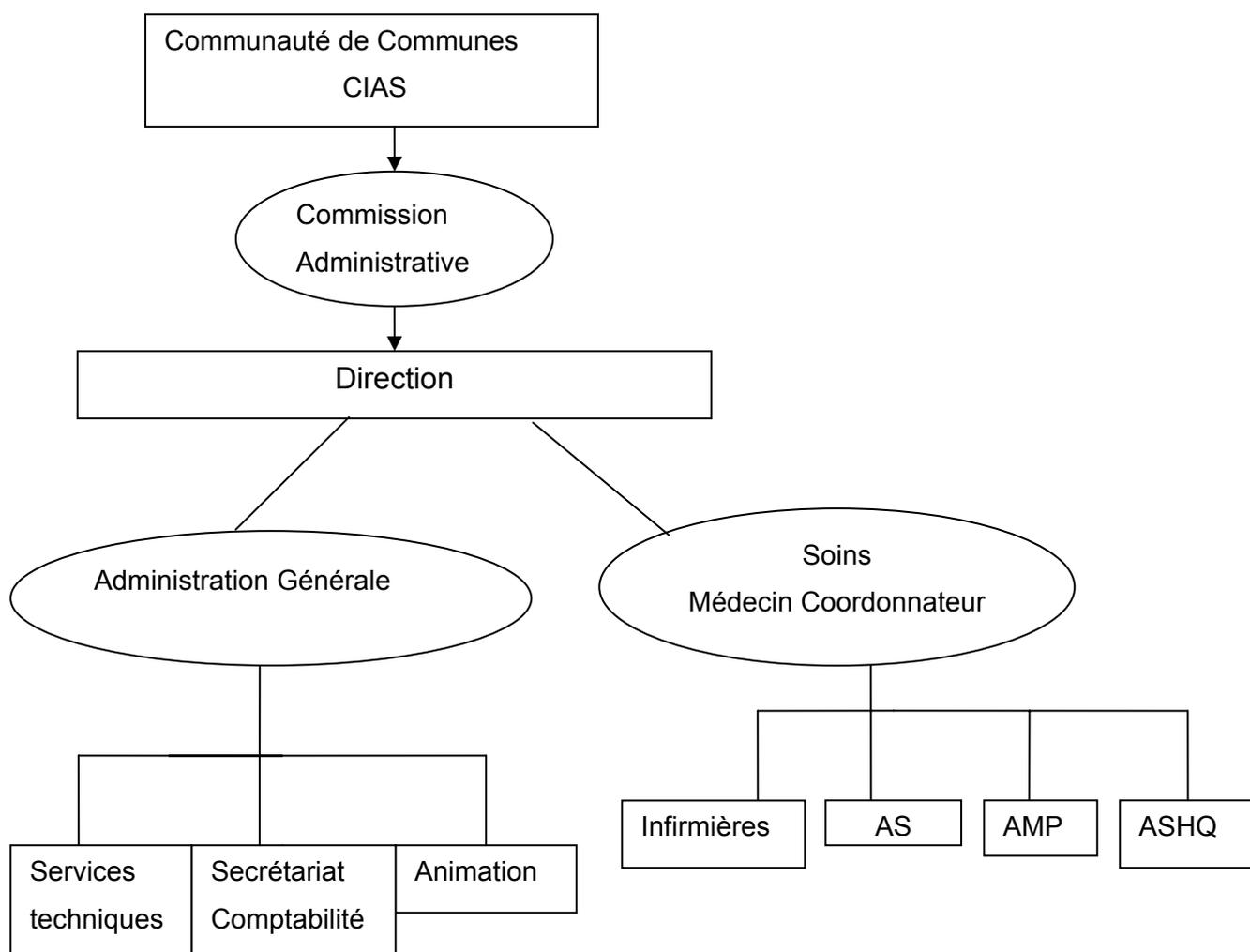
²⁷ DELNATTE JC, HARDY JP, *La réforme des EHPAD*, 2^{ème} éd., Rennes, éditions ENSP, 2002.

²⁸ Dotation MINImale de Convergence repose sur le niveau moyen de la perte d'autonomie au sein de l'établissement mesuré par le GIR moyen pondéré (GMP), ceci par une nouvelle forfaitisation du point GIR.

publique à une autre. En septembre 2007, après avoir étudié les dossiers salariaux individuels et calculé les équivalences en grade et échelon, je recevrai chaque personne en entretien individuel pour fournir toutes les informations jugées nécessaires à la prise de choix. Fin octobre 2007, chaque agent devrait s'être positionné. A partir de cette étape, deux axes seront développés. Le premier consistera à ajuster le nombre et la qualification des candidatures à l'organigramme, alors que le second portera sur la constitution d'un ou plusieurs groupes de travail dont la mission sera d'affiner le projet de vie de l'établissement et de le traduire dans le fonctionnement.

Pour cela, nous allons comparer les tableaux d'effectifs actuels et prévus (en ayant en tête l'aléatoire que représente la liberté de demande, ou non, de détachement). Ensuite, plutôt que d'égrener les classiques outils de gestion du personnel, il me semble plus intéressant de développer quelques pratiques organisationnelles permettant la mise en œuvre du changement l'élaboration de solutions adaptées et durables.

Organigramme



REPARTITION DES AGENTS DES DEUX ETABLISSEMENTS DE NEUNG-SUR-BEUVRON ET LA MAROLLE EN SOLOGNE										
	ETABLISSEMENT DE NEUNG-SUR-BEUVRON					ETABLISSEMENT DE LA MAROLLE EN SOLOGNE				
	Temps plein		Temps partiel		Total	Temps plein		Temps partiel		Total
	Nombre d'agents	nbe d'agents	Equivalent temps plein	nbre d'agents	Equivalent temps plein	Nombre d'agents	nbre d'agents	Equivalent temps plein	nbre d'agents	Equivalent temps plein
Direction / Administration / Gestion :										
Directeur	1	0	0	1	1	0	1	0,2	1	0,2
Adjoint administratif	2	0	0	2	2	0	1	0,6	1	0,6
Technique :										
	7	0	0	7	7	1	1	0,5	2	1,5
Médical / paramédical / Psychologue										
IDE	3	0	0	3	3	0	1	0,4	1	0,4
AS	7	1	0,8	8	7,8	3	1	0,7	4	3,7
ASHQ	9	1	0,5	10	9,5	6	1	0,5	7	6,5
TOTAL	19	2	1,3	21	20,3	9	3	1,6	12	10,6
Socio-éducatif										
Animateur	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
TOTAL GENERAL	30	2	1,3	32	31,3	10	6	2,9	16	12,9

Tableau des effectifs prévus

Direction Administration	3			3	0.04
Cuisine Services généraux Diététicienne	7			7	0.08
Animation Service Social	1			1	0.01
ASHQ	8.4	3.6		12	0.14
Aide Soignante AMP		4.2	9.8	14	0.16
Psychologue		0.5		0.5	0.01
Infirmière			4	4	0.05
Médecin			0.5	0.5	0.01
Autres auxiliaires Médicaux			0.5	0.5	0.01
TOTAL	19.4	8.3	14.8	42.5	0.5

L'effectif total actuel des établissements de Neung/Beuvron et de La Marolle en Sologne en équivalent temps plein, est de 44,2. Nous prévoyons 42,5 ETP pour le nouvel établissement, sachant qu'une partie des effectifs sera réaffecté à l'établissement d'Yvoy le Marron où seront créés 17 places. Poseront, sans doute, quelques difficultés les fonctions techniques et administratives (agents d'entretien, cuisiniers, secrétaire, comptable. etc.). Cependant, une partie des agents actuels seront en position de départ à la retraite avant l'ouverture du nouvel établissement. J'ai donc choisi de remplacer tous les postes ainsi libérés par des recrutements en contrat à durée déterminée prenant fin au plus tard à la fermeture des actuels établissements. De plus, j'ai élaboré un plan de formation facilitant la promotion des ASHQ afin de les faire évoluer vers des emplois d'aide-soignante et d'aide médico - psychologique. Cette nécessité de qualification du personnel s'inscrit dans le processus de médicalisation des établissements, lié à l'augmentation du niveau de dépendance des résidents et que reflète la mise en place de la nouvelle tarification.

Principes de Management

Le travail et l'implication de l'équipe sont essentiels au bon fonctionnement de l'EHPAD qui devra fonder son action – nous l'avons déjà souligné - sur l'éthique et l'humanisme.

En outre, pour gérer des effectifs tendus, une bonne optimisation de la gestion des ressources humaines s'avère nécessaire d'autant plus que l'établissement sera confronté à l'évolution de la dépendance et de la désorientation. Le fonctionnement doit permettre de favoriser la dynamique d'équipe par la connaissance des habitudes et besoins des résidents. Ainsi, les horaires d'arrivée et de départ de chaque catégorie professionnelle seront adaptés aux besoins de la population accueillie : l'objectif étant de permettre aux résidents de dormir le matin et d'être aidés par tous les soignants à prendre leur repas, pour qu'ils ne subissent pas un rythme de soins intensifs le matin, pour éviter aux résidents des changements multiples de personnes sur la journée pouvant aggraver leur désorientation, et enfin pour faciliter les relations avec les proches des résidents au quotidien.

La mise en place d'une nouvelle équipe constituée d'agents venant de deux établissements différents nécessite une réflexion et une méthodologie qui permettra au mieux d'accompagner le changement de structure et le changement d'organisation. Il s'agit en effet de faire travailler deux équipes ayant des habitudes de travail différentes et ce dans un contexte totalement nouveau. S'il est bien sûr utile de réfléchir à une organisation du travail efficace (définition des postes et des tâches, horaires de travail, planning), il paraît, néanmoins, essentiel de concevoir un management permettant d'accompagner un changement aussi important. En effet, comme le projet de vie, l'organisation du service et donc du personnel d'un établissement dans notre contexte, ne peut se faire par une proposition que j'imposerais de par ma qualité possible de directrice. Il m'importe donc, de concevoir une méthode de travail permettant aux agents de chaque établissement d'exprimer leur conception du travail, bien qu'elles puissent être sur certains aspects antinomiques. Pour cela, nous nous référerons à l'article de Véroniques PERRET et Emmanuel JOSSERANT ²⁹ mettant en évidence les problématiques relatives au changement à partir d'une typologie des pratiques paradoxales. Ces derniers estiment que, les approches dichotomiques, consistant à opposer des pôles distincts, ne sont pas adaptées à une réalité complexe et en

²⁹ JOSSERAND E, PERRET V *Logiques et enjeu des pratiques organisationnelles paradoxales* in Management international 5(1)

changement permanent. Ils jugent donc plus adapté d'imaginer des solutions susceptibles de combiner des logiques communément jugées antagonistes plutôt qu'à les opposer.

Il semble particulièrement intéressant à V Perret et E Josserand, de s'intéresser aux pratiques séquentielles proposées par EVANS et DOZ (1989)³⁰. Les acteurs y effectuent une différenciation dans le temps et de ce fait, échappent au paradoxe, en favorisant successivement un pôle puis son opposé. Les deux logiques ne s'expriment donc pas en même temps mais successivement. Les auteurs pensent que cette méthode est particulièrement opérante dans le pilotage et la mise en œuvre du changement organisationnel. Tout d'abord, ouvert, afin de favoriser l'émergence de solutions nouvelles, le pilotage du changement est ensuite, fermé, pour permettre le ciblage de solutions dégagées. Cependant, d'une manière générale, la différenciation créant de l'hétérogénéité ; pour y faire face, il convient d'étudier les clivages liés à l'appropriation du pouvoir et à l'existence de système de valeurs différents.

Dans le cas où j'aurais opté pour cette méthode, je serais donc amenée à travailler en alternance avec l'équipe de Neung sur Beuvron et celle de La Marolle en Sologne. La difficulté se situant lors des périodes de transition génératrices de friction, le but étant de confronter à chaque étape les propositions pour arriver à une solution acceptable par tous.

Une autre pratique intéressante et peut être, mieux adaptée au secteur médicosocial, selon V Perret et E Josserand, consiste à favoriser la logique du dialogue. Le dialogue suppose la rencontre, l'interpénétration des contraires. Tout l'enjeu de ce processus se trouve alors dans les possibilités de synthèse et de dépassement qu'il peut offrir. Il paraît donc concevable que le paradoxe puisse trouver une issue dans les processus dynamiques de dialogue, l'émergence de la solution résultant d'un mouvement dialectique entre les contraires. Une unité cohérente nouvelle pourrait alors émerger, grâce à un mouvement continu de progression vers un niveau supérieur de complexité. Dans le champ de la logique du dialogue, le processus de la « construction locale » semble pertinent et adapté. Il s'agit d'un processus par lequel les acteurs défendant des intérêts à priori divergents, parviennent à échanger et bâtir ensemble des solutions reposant sur une interpénétration des contraires. Il s'agit donc d'utiliser la rencontre de pôles opposés comme une source de création pour permettre la naissance d'une situation nouvelle où les contradictions disparaissent.

Cette méthode semble particulièrement adaptée au fonctionnement de structure de type « groupe de projet ». Or le(s) groupe(s) de projet est l'outil de travail que j'utilise depuis

³⁰ EVANS P, DOZ Y. *The Dualistic Organization*. Edition Human Resource Management in International Firms. Londres, McMillan

l'origine et auquel j'ai recours régulièrement. De plus, selon les auteurs, outre le fait que ces groupes de travail doivent être capables de créer, à partir de principes différents, une logique commune, plus celui-ci se construit de manière autonome, plus on laisse de liberté à l'émergence et plus il y a de chances de surmonter les divergences d'origine. Concrètement, le management des pratiques relevant de la logique de dialogue doit développer les capacités pratiques à gérer dans le temps des processus conflictuels afin qu'un dialogue réel puisse prendre naissance. L'enjeu managérial est donc, selon eux, de gérer et de maintenir un processus de dialogue. Le processus d'échange entre les pôles doit être un support au dialogue et non un vecteur de cristallisation des conflits. Toute la difficulté de cette logique réside dans une gestion des conflits qui permette de laisser s'exprimer des points de vue opposés tout en les intégrant. Les auteurs de l'article soulignent qu'il importe par ailleurs d'être vigilant quant à l'identification des conflits qui relèvent de l'affectif et de ceux qui relèvent du cognitif. Seuls ces derniers ont la capacité d'être porteurs de solutions. Les conflits affectifs, focalisés sur les personnes et non sur les idées ébranlent la cohésion du groupe et crée des tensions interpersonnelles. En tant qu'animatrice de ces groupes de projet, il est important, à mes yeux, d'arriver à démêler les conflits affectifs des conflits cognitifs ceux-ci étant très souvent étroitement imbriqués.

Ceci m'amène finalement à constater que la conception d'une organisation du travail renvoie à des enjeux importants pour le personnel, sans doute plus essentiels que l'élaboration d'un projet de vie d'établissement qui leur paraît moins impliquant dans leurs tâches quotidiennes (même si ce n'est pas réellement le cas). Chaque agent, issu d'un établissement plutôt que d'un autre, porteur d'une histoire propre, titulaire d'une qualification professionnelle (et à ce titre appartenant à un corps) représente à lui seul un pôle. Ma responsabilité en tant que directrice est bien de construire le changement dans un environnement complexe, source de paradoxes. Si, dans une première approche, on peut concevoir que chaque établissement amené à fusionner avec l'autre, constitue, en soi, un pôle opposé à l'autre, il me semble, en tout cas, important de percevoir ces pratiques paradoxales comme des processus où s'enchevêtrent plusieurs dimensions mettant en cause des pôles multiples. C'est en ayant cette réalité présente à l'esprit que je pourrais développer une stratégie managériale favorisant la convergence des valeurs et aboutissant à la construction de bases communes. A partir de là, il s'agira d'utiliser les outils de gestion du personnel les mieux adaptés : entretiens de recrutement, élaboration de fiches de fonction et de fiches de poste, création de fiches de vœux.

2.3.5 Le déménagement

Le déménagement pour qu'il soit réussi, doit être préparé sur le plan matériel, mais surtout psychologique. En effet, les personnes actuellement accueillies ont déjà eu à vivre une rupture avec leur milieu familial et leur mode de vie pour s'adapter à un nouvel environnement. Certains ont choisi d'entrer en maison de retraite, d'autres, les plus nombreux, ont subi cette mutation de leur environnement habituel, de manière lourdement chargée symboliquement et affectivement. L'apprentissage de cette « nouvelle vie » s'est fait progressivement. Le quotidien est, plus ou moins rythmé, par les contraintes de la vie en collectivités, les tâches et ou préoccupations de la vie quotidienne ont complètement disparu (ménage, confection des repas etc...) laissant un vide qui se remplit plus ou moins des rituels des soins, des toilettes, des repas et collations, à heures fixes et en commun, des animations, des sorties et des visites. La solitude, si elle existe encore, a pris une nouvelle forme, les occasions de rentrer en relation étant plus nombreuses en institution. La vie des uns et des autres s'est ainsi, au fil du temps, recomposée et une certaine réassurance s'est installée.

Si la nécessité de rénover les établissements actuels s'est imposée aux autorités, elle ne s'est pas, en revanche, réellement exprimée tant au niveau des familles qu'à celui des résidents. La volonté des décideurs est bien d'améliorer le confort et la sécurité des résidents, quoiqu'ils en pensent, les normes s'imposant à tous. Le confort, dans sa définition entretient une relation avec la qualité de vie dans la mesure où il comprend « tout ce qui contribue au bien être, à la commodité de la vie matérielle »³¹ Cependant l'idée du confort et de la qualité de vie qui peut en découler procède d'une approche intime, individuelle et sociale. Ainsi, dans les années 1970, de nombreux logements occupés par des personnes âgées, ont été réhabilités selon les normes du confort modernes. Les professionnels et l'entourage avaient quelques difficultés à comprendre que ces vieilles personnes ne voient aucun intérêt ou refusent la salle d'eau, les W-C à l'intérieur, ou le déplacement de la chambre du premier étage vers le rez-de-chaussée. Ces générations n'avaient pas intégré ces nouvelles normes sociales et techniques, mais elles considéraient que leur qualité de vie passait par le maintien de leur chambre à l'étage, lieu chargé de cinquante ans de vie commune avec un mari depuis décédé, ou bien par une toilette à l'eau froide parce que « c'est sain et ça ne ramollit pas comme le

³¹ Le Nouveau petit Robert Paris Edition 1993

bain ou la douche »³² Certes, le temps est passé, mais cette dichotomie entre les représentations du confort existe toujours, et surtout en milieu rural.

Le déménagement vers un établissement neuf, moderne, spacieux, lumineux, confortable devrait normalement être vécu comme une chance, il pourrait, cependant, être assimilé à une menace par les résidents, car il s'accompagne d'une perte de repères matériels mais aussi relationnels. Il n'est donc pas pour le moment bien envisagé car il n'a pas été souhaité et s'impose à tous. En outre, il va se traduire par une augmentation assez importante, du prix de journée payé par le résident et/ou sa famille ;

Le transfert dans le nouvel établissement est prévu pour fin 2008. Les résidents et les familles mais aussi le personnel, le voit actuellement comme une épreuve, où chacun a plus à perdre qu'à gagner. Il est donc essentiel que j'accompagne cette phase de transition, en prenant en compte les inquiétudes, en apportant les réponses chaque fois que possible, en valorisant les aspects positifs du nouvel établissement et en rappelant le caractère inéluctable du déménagement.

³² AMYOT JJ, Coordination éditoriale *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Edition Dunod, Paris, 2007. page 1106.

Conclusion

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, rappelle la place centrale de l'utilisateur dans l'institution. Cela illustre la transformation de la société qui reconnaît aux personnes accueillies en institution, des droits et non plus seulement le devoir de se conformer aux règles de la structure. Avec le recul, je me rends compte que tant pour la conception du bâtiment que pour celle du projet de vie institutionnelle, les personnes âgées « destinataires » n'ont pas été réellement associés, mais simplement informés. N'ont été sollicités que les professionnels, experts et élus, ne jugeant pas indispensable l'expression des résidents. Ces responsables ont eu tendance à privilégier l'effet vitrine (déjà évoqué), en valorisant des éléments jugés importants par des personnes qui ne vivent pas au quotidien, dans la structure.

Plus j'avance dans le projet, plus je me rends compte du risque de faire de cet EHPAD, un endroit agréable, confortable, mais peu convivial et impersonnel. Il m'apparaît indispensable de permettre l'expression authentique, et bien comprise des personnes âgées, même si cela peut paraître difficile avec des personnes handicapées, physiquement, mentalement et parfois déjà suradaptées au fonctionnement institutionnel. Mais c'est justement dans les lieux où les personnes sont les plus fragilisées qu'il convient de préserver particulièrement leur autonomie et donc leur expression. La qualité de vie de quiconque, au delà des aspects institutionnels et des appréhensions individuelles est tributaire de la place qu'on lui accorde. Cette approche se traduit dans la manière dont est évalué le travail accompli et donc singulièrement de la qualité de vie offerte aux résidents. « La démarche d'évaluation (de la qualité de vie) va se centrer sur : les conditions de vie qui doivent être aussi proches que possible de celles de l'ensemble de la population ; le maintien et la reconnaissance de toute personne accueillie ; la prise en compte des besoins universels de ses besoins spécifiques et de ses désirs ; l'atténuation de toute perception de « déviance ».³³

Nous clôturerons ce travail par le point de vue de l'architecte Didier SALON qui fait le lien entre architecture et qualité de vie.

« L'architecture, dit-il, matérialise une manière singulière de vivre dans un lieu particulier. Selon la façon dont elle est conçue et réalisée, elle peut être un obstacle et une incitation. Elle peut préserver l'intimité, développer la vie sociale et la cohabitation ou au contraire, transformer les espaces privés en annexes de l'institution, les espaces collectifs en cours

³³ ARFEUX – VAUCHER G, PASCAL B, SARIAN R, *Réflexions et témoignages sur l'évaluation de la qualité de vie en établissement d'accueil* Gérontologie et Société, cahier n° 78, 1996, p 109-115.

surveillées, les lieux de travail en territoires retranchés. Elle doit prendre soin des particularités de ses habitants, ne pas figer l'habitat dans un carcan modèle, univoque, fonctionnel ou, seulement, confortable (.../...). L'évolution des publics, la spécificité des établissements, la différenciation des projets de vie et la diversité des contextes demandent une intervention architecturale adaptée à chaque établissement. Réaliser un « économie de l'espace », c'est écrire, dans l'espace, les aspects qualitatif des attentes, enrichir le projet, formaliser de façon à la fois complète, plus singulière et plus signifiante, les besoins et les modes de vie »³⁴

³⁴ AMYOT JJ, Coordination éditoriale *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Edition Dunod, Paris, 2007. page 1065.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et assimilés

AMYOT J J. Coordination éditoriale d'un ouvrage collectif. *Pratiques professionnelles en gérontologie*. Edition Dunod, Paris, 2007.

AGANAËSSE M. *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*. Edition Dunod, Paris, 2004.

ARDOINO J. *Management ou commandement, participation et contestation*. ANDSHA, édition EPI, Paris, 1970

ATAGAN – ABEL J *Voyage au cœur des organismes à but non lucratif*. Edition Publibook, Paris, 2005.

BADEY – RODRIGUEZ C. *La vie en maison de retraite*. Edition Albin Michel, Paris, 2003.

BORGETTO M, LAFORE R. *Droit de l'aide et de l'action sociales*. 5^{ème} éd. Edition Montchrestien, Paris, 2004.

CONNANGLE S.VERCAUTEREN R. *Missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées*. Edition ERES Coll. Pratiques Gérontologiques, Ramonville St Agne, 2004.

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

DUPRÉ – LÉVÈQUE D. *Une Ethnologue en maison de retraite*. Edition des Archives Contemporaines, Paris, 2002.

FERNANDEZ A. *Les secrets de la conduite de projet*. Edition Organisation, Paris 2003

PASINI F *Le courage de changer*. Edition Odile Jacob, Paris, 2001.

GAREL G. *Le management de projet*. Edition La Découverte, Paris, 2003.

GUENELOT D ; *Manager dans la Complexité, réflexion à l'usage des dirigeants*. Edition INSEP, Paris, 1992.

HOUGRON T. *La Conduite de projets*. Edition Dunod, Paris, 2001.

LABOREL B. VERCAUTEREN R. *Construire une éthique en établissement pour personnes âgées*. Edition Pratiques Gérontologiques, Paris, 2004.

MENIN C. *Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution*. Edition Bayard, Paris, 1984.

NOCE T., PARADOWSKI P. *Guide stratégique de l'intention à l'action*. Edition Chronique Sociale, Paris, 2005 ;

NEUSCHWANDER C. *L'acteur et le changement*. Edition du Seuil, Paris, 1991

SEBAG - LANOË R. *Vivre, vieillir et le dire*. Edition Desclee De Brouwer, Paris, 2001.

SAINT GERMAIN B. *Le centre intercommunal d'action sociale : un outil au service du territoire*. Edition Mairie – conseil diffusion, Aubenas, 2001.

SAINT GERMAIN B. *L'intercommunalité sociale, un enjeu pour la cohésion des territoires*. Coll. Les indispensables de l'action sociale. Edition UNCCAS, Paris, 2006.

VERCAUTEREN R. *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées*. Edition ERES Coll. pratiques du champ social, Ramonville Ste – Agne, 2002.

ARTICLES

ALLARD – POESI, PERRET V. *Rôles et Conflits de rôles du responsable projet*. Revue française de gestion.

HABIB N, SONNTAG M « La légitimité au cœur de l'action et de la compétence » Contribution aux 7^{èmes} biennales de l'Education et de la Formation, Institut National de Recherche Pédagogique.

JOSSERANT E, VERRET.V. *Logiques et enjeux des pratiques organisationnelles paradoxales*. Revue de Management international, 5 (1).

ROCHER G *La gouvernance des différents types de réforme*. Conférence prononcée le 16 septembre 2005, dans le cadre du XXIV^{ème} colloque JY RIVARD à Montréal.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOI 75-535 1975-06-30, Loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, publiée au Journal Officiel le 1^{er} juillet 1975.

LOI 92-125 1992-02-06, Loi relative à l'administration territoriale de la République Française, publiée au Journal Officiel le 8 février 1992.

LOI 97-60 1997-01-24, Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, publiée au Journal Officiel le 1^{er} février 1997.

LOI 99-586 1999-07-12, Loi relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale, publiée au Journal Officiel le 13 juillet 1999.

LOI 2001-647 2001-07-20, Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, publiée au Journal Officiel le 1^{er} janvier 2002.

LOI 2002-2 2002-01-02, Loi rénovant l'action sociale et médicosociale, publiée au Journal Officiel le 3 janvier 2002.

DÉCRET 99-316 1999-04-26, Décret relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, publié au Journal Officiel le 27 avril 1999.

DÉCRET 99- 317 1999-04-26, Décret relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, publié au Journal Officiel le 27 avril 1999.

DÉCRET 2001-388 2001-05-04, Décret modifiant les décrets 99-316 et 99-317, publié au Journal Officiel le 6 mai 2001.

DÉCRET 2003 – 278 2003-03-28, Décret relatif aux conditions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, publié au Journal Officiel le 29 mars 2003.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Les groupes Iso-Ressources, extrait du guide d'utilisation AGGIR, septembre 2004, 2 pages.

Annexe 2 : Les esquisses du bâtiment

Annexe 3 : Echancier de l'ensemble de l'opération

ANNEXE 1

Les groupes iso-ressources

Les groupes iso-ressources, déterminant des besoins en soins de base, sont calculés à partir des huit premières variables d'activités corporelles et mentales, les deux dernières évaluant l'isolement et les confinement d'une personne à son domicile.

Il existe six groupes iso-ressources ou GIR (calculés par un algorithme complexe imposant l'informatique) :

- **Le GIR 1** comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leurs activités mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- **Le GIR 2** est composé essentiellement de deux sous – groupes :

D'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées (« les grabataires lucides ») et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit ;

D'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (« les déments déambulants »), ainsi que certaines activités corporelles, que souvent elles n'effectuent, que stimulées. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour les activités corporelles.

- **Le GIR 3** regroupe surtout les personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire.

- **Le GIR 4** comprend deux sous-groupes essentiels :

D'une part, des personnes n'assumant pas seules, leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimente seule.

D'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.

Dans ces deux sous groupes, il n'existe pas de personnes n'assumant pas leur hygiène de l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher, et ponctuellement, sur demande de leur part).

- **Le GIR 5** est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.
- **Le GIR 6** regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante.

Les groupes 5 et 6 :

En institution, l'environnement prend normalement en charge la continuité de la sécurité des personnes et fournit les denrées et autres produits nécessaires à la vie courante.

A domicile, il en est tout autrement et pour les groupes 5 et 6, les variables *Déplacements à l'extérieur et Alerter* (utilisation d'un moyen de communication à distance pour alerter en cas de besoin) définissent **trois sous groupes évaluant l'isolement de la personne à domicile**.

C : la personne a besoin d'un tiers pour que soit apporté à son logement tous les produits nécessaires à la vie courante ou qui ne peut pas alerter **correctement** son entourage en cas d'urgence. Il s'agit d'une personne confinée à son domicile.

B. soit de façon intermittente (dans le temps) soit par rapport à la fiabilité de sa propre sécurité ou de son approvisionnement, la personne nécessite une surveillance et des actions ponctuelles.

A : La personne n'a pas de problème majeur et permanent sur ces deux points.

ANNEXE 2



Vue d'ensemble de l'EHPAD



ANNEXE 3

Echéancier de l'opération

Années	Conception et Réalisation	Administration et financement	Organisation et gestion
2004	<ul style="list-style-type: none"> - Etude de la SELC (mars) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions entre élus, Conseil Général et DDASS 	
2005	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution du comité de pilotage et tenue de réunions régulières - Mise en place des groupes de travail - Etablissement et validation du programme Par le conseil communautaire - Concours d'architecte (Juillet et décembre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil Communautaire validant la construction d'un EHPAD - Recherche de financements et constitution des dossiers de subventions - Etude sur le statut de l'établissement et du personnel - Inventaire des établissements devant fermer - Choix du terrain et acquisition 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitution de groupes de travail constitués de toutes les catégories de personnel. - Etude sur les statuts du personnel. - Consultation des syndicats
2006	<ul style="list-style-type: none"> - APS/APD/DCE (mars à septembre) - Appel d'offre (lancé en octobre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Négociation d'un prêt après consultation des banques - Obtention du permis de construire - Attribution des subventions - Présentation du projet au CROSMS (décembre) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des situations individuelles sur dossiers

2007	<ul style="list-style-type: none"> - Attribution des marchés aux entreprises entre mars à mai. - Pose de la première pierre en juin - Ouverture du chantier 	<ul style="list-style-type: none"> - Avis du CROSMS - Autorisation du préfet et président du conseil général - Rechiffage du projet après l'attribution des marchés 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions d'informations sur le statut auprès des personnels des deux établissements
2008	<ul style="list-style-type: none"> - - Clôture du chantier en novembre 	<ul style="list-style-type: none"> - Visite de conformité - Négociation et signature de la convention Tripartite. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels d'étude des situations en lien avec un changement de statut - Détermination du choix des agents - Constitution des équipes - Travail avec les volontaires sur Le projet de vie et sa mise en œuvre - Etablissement des fiches de fonction et fiche de poste - Emménagement dans les nouveaux locaux

Les résidents et leurs familles ont été informés chaque fois que nécessaire lors de réunions ou par écrit.