



EHESP

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

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

Le projet architectural de l'EHPAD de La Fouillouse :

**Une opportunité de conduire le changement en
conjuguant les dimensions stratégique et
opérationnelle d'un management moderne**

Xavier CURA

Remerciements

Je tiens à remercier vivement Paola MICHEL, la Directrice de l'EHPAD de La Fouillouse. Son accueil chaleureux, ses conseils précieux, le partage de ses connaissances et la confiance qu'elle m'a accordé, ont contribué au bon déroulement de mon stage. Son expérience et ses compétences m'ont été très utiles durant cette période de stage.

Je souhaite également remercier l'ensemble du personnel de l'établissement avec qui j'ai eu plaisir à travailler. Je remercie en particulier le personnel administratif, Eliane MARCONNET et Brigitte DELAY pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Université Pierre Mendès-France de Grenoble pour cette année d'apprentissage en Master ainsi que M. GILBON et les enseignants de l'EHESP.

Enfin, je remercie ma famille, mes parents, mes sœurs Sandra et Meiggie, mon épouse Céline et mes enfants Zemen et Marcia pour leur aide et leur soutien.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1- L'établissement comme acteur d'une politique publique de prise en charge des personnes âgées	5
1.1- Les évolutions des politiques publiques en faveur des personnes âgées et leurs impacts sur les établissements d'accueil	5
1-1-1 Des évolutions démographiques, sociales et économiques qui induisent de nouvelles politiques en faveur des personnes âgées dépendantes	5
A- Les évolutions démographiques et l'apparition du concept de dépendance	5
B- Des enjeux importants en termes de santé publique.....	7
C- Des coûts de prise en charge de plus en plus importants et la raréfaction des ressources au cœur des réflexions politiques	9
D- Les réponses des Pouvoirs Publics dans la prise en charge de la dépendance... ..	10
1-1-2 De nouvelles problématiques pour les établissements et un nouveau cadre législatif.....	15
A- Les conséquences de l'évolution de la population accueillie sur la prise en charge, compte tenu de l'architecture ancienne	15
B- L'affirmation progressive des droits individuels des personnes âgées	16
C- L'impact de la démarche qualité sur les pratiques des professionnels.....	18
D- Les exigences accrues des familles	19
1.2- Le positionnement de l'établissement au sein du territoire	20
1-2-1 Une évaluation prospective des besoins par une étude de population et d'opportunité.....	22
1-2-2 Une coordination et une coopération nécessaires entre les acteurs	23
1.3- Le projet d'établissement comme cadre de référence dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement	26
1-3-1 Le projet d'établissement à l'EHPAD de La Fouillouse.....	26
A- Une obligation réglementaire mais surtout une nécessité pour un établissement .	26
B- Le projet d'établissement à l'EHPAD de La Fouillouse.....	28
1-3-2 Les difficultés de mise en œuvre à l'EHPAD	28
A- La question architecturale et la dépendance	28
B- Des personnels qui ont des difficultés à remettre en question leurs pratiques et à travailler en commun	30
C- Un projet d'établissement et une démarche d'évaluation conduits dans l'urgence à l'EHPAD.....	31

2 – La gestion par projets comme mode de conduite du changement au sein des organisations	34
2-1- Le changement dans les organisations	34
2-1-1 La nécessité de changer dans les organisations	35
A- L'organisation et le changement	35
B- Changement et cohérence : « le légo de l'organisation »	37
2-1-2 La difficulté de changer dans les organisations : « le pouvoir comme fondement de l'action organisée ».....	40
2-2 Une stratégie de conduite du changement : la gestion par projets	42
2-2-1- La définition d'un projet.....	43
2-2-2- La structuration de la dynamique du projet dans le temps	45
2-2-3- Un management participatif: un élément primordial du projet	48
A- La participation et l'implication des agents comme éléments fondamentaux du projet.....	48
B- Le management de l'équipe projet.....	49
2-3- Le projet architectural : une opportunité de conduire le changement à l'EHPAD	56
2-3-1- Un projet consensuel propre à faciliter la conduite du changement	56
2-3-2- La reconquête du sens à donner aux actions entreprises au sein de l'établissement.....	57
A- L'obligation de réinterroger le projet d'établissement	57
B- Du sens donné à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques	59
2-3-3 L'amélioration des performances économiques et sociales.....	60
A- L'exemple de l'approche socio-économique pour maîtriser les dysfonctionnements et les coûts cachés	60
B- Une occasion de mettre en place un projet social ambitieux.....	62
C- Un moyen de favoriser la communication interne au sein de l'EHPAD	63
3- La mise en œuvre du projet architectural à l'EHPAD	66
3-1 La mise en place d'une dynamique et d'un management participatif	66
3-1-1 Le phasage du projet architectural et du projet de service	66
A- Le phasage de l'opération de construction jusqu'au plan de financement	67
B- Le phasage du travail sur le projet d'établissement.....	68
3-1-2 La participation des professionnels au projet.....	70
3-1-3 La communication autour du projet.....	71

3-2 L'étude d'opportunité et un diagnostic financier préalable avant d'engager les discussions avec les Autorités de Tarification	73
3-2-1 L'étude d'opportunité et populationnelle	73
A- Les constats	73
B- Une réorganisation possible de l'EHPAD en fonction des besoins constatés et prévisionnels.....	75
3-2-2 Un état des lieux financiers	78
A- Etudes rétrospectives sur les moyens de l'établissement	79
B- Etudes prospectives sur l'avenir à court terme de l'établissement (hors projet de construction)	81
3-2-3 La discussion nécessaire avec les Autorités de Tarification	82
3.3 L'étude de faisabilité : les travaux du COPIL et des groupes de travail sur la définition du programme et le plan de financement du projet.....	83
3-3-1 Le travail du COPIL et des groupes de travail sur l'organisation et la définition du pré programme	83
3-3-2 Le plan de financement, le programme d'investissement et les coûts prévisionnels du projet.....	87
CONCLUSION	90
Bibliographie	93
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso ressources
AMP : Aide Médico Psychologique
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL : Aide Personnalisée au Logement
APS : Avant-Projet Sommaire
ASH : Agent des Services Hospitaliers
AT : Accueil Temporaire
BFR : Besoin en Fonds de Roulement
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
EFE : Excédent en Fonds de Roulement
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
FRE : Fonds de Roulement d'Exploitation
FRI : Fonds de Roulement d'Investissement
FRNG : Fonds de Roulement Net Global
GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GMP : Gir Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

INTRODUCTION

La société française vieillit. Ce n'est pas un phénomène nouveau, ni spécifiquement français. Il correspond à plusieurs caractéristiques : baisse du taux de fécondité, arrivée massive à l'âge de la retraite des enfants du baby-boom, et recul de la mortalité au-delà de 60 ans. En 2050, près d'un habitant sur trois aura plus de 60 ans contre un sur cinq actuellement¹.

L'augmentation de l'espérance de vie n'est pas un problème en soi : l'amélioration de l'état de santé au fil des décennies a largement profité aux personnes âgées. La véritable question est celle de l'espérance de vie sans incapacité.

Au-delà de 80 ans, de nombreuses personnes perdent leur autonomie et doivent se résoudre à entrer en institution ; cependant, la majeure partie des personnes âgées souhaite légitimement vivre le plus longtemps possible à domicile.

De plus, les politiques publiques de maintien à domicile ont contribué à faire évoluer le profil des personnes accueillies en institution; les personnes hébergées en EHPAD² sont de plus en plus dépendantes. La maladie d'Alzheimer, démence la plus fréquente, est la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et la cause majeure d'entrée en institution.

Les structures d'accueil sont progressivement devenues inadaptées à la prise en charge de ces personnes. En quelques années, les établissements sont passés d'un modèle de type résidentiel à un modèle proche des structures accueillant des personnes lourdement handicapées. C'est le cas de l'EHPAD de La Fouillouse où j'ai effectué mon stage de professionnalisation. La structure est devenue inadaptée à la prise en charge de la grande dépendance physique et psychique : le bâtiment est implanté sur 5 étages, les locaux sont vétustes, les chambres (doubles pour certaines) étroites et sans douche. De plus, il n'existe pas de lieux de prise en charge dédiés aux personnes atteintes de démences qui ont dans bien des cas, des troubles du comportement.

Par ailleurs, sous l'impulsion conjuguée de la réforme de la tarification en 1999 et de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont connu une évolution sans précédent destinée à replacer le sujet âgé dans ses droits, au cœur même des dispositifs de prise en charge.

¹« Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine ». Economie et Statistique, n°408-409, 2008

² Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Des nouvelles exigences se sont imposées aux établissements, à commencer par l'obligation de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. « La qualité s'appréhende à travers une bonne gestion des risques, l'absence de dysfonctionnements, une bienveillance des usagers et des conditions d'accueil satisfaisante...L'article L.312-3 du code de l'action sociale et des familles dispose dans son paragraphe II, que les établissements assurant un hébergement s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour »³.

L'EHPAD de La Fouillouse ne répond plus aux critères et normes imposés par le législateur en terme architectural. Un projet de reconstruction a donc été amorcé par la Direction et la mission de piloter ce projet m'a été confiée par la Directrice. L'objet de cette mission était de réaliser un projet équilibré, avec une structure fonctionnelle adaptée à la prise en charge des usagers. Le projet devait par ailleurs, tenir compte des contraintes financières qui pèsent sur les établissements, en terme d'investissements mais aussi en terme d'impact sur les prix de journée.

Cependant, un projet de construction va bien au-delà de considérations purement architecturales et de recherche de financements ; il interroge les fondements même des missions, objectifs et actions entrepris par l'établissement. C'est la stratégie de l'établissement qui est questionnée, une démarche qui consiste à définir des orientations et à effectuer des choix en fonction d'un contexte et d'objectifs.

De plus, le projet architectural vient croiser le projet de service et la question de l'organisation notamment se pose.

Confrontés à de nouveaux modèles organisationnels et à des rationalisations administratives, les établissements sont amenés à questionner leur propre fonctionnement, leur culture historique, leur éthique et leurs pratiques professionnelles. L'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, place le changement au cœur de la vie d'une organisation.

Le changement est une obligation mais aussi une stratégie de management, une attitude qui brise l'immobilisme et la justification idéologique ou comportementale ; il est avant tout une position éthique qui rompt avec l'idée de permanence et de reproduction prégnante dans les Institutions⁴ sociales et médico sociales.

³ Pierre Savignat, Maître de conférence UPMF Grenoble 2, membre de la Société Française de l'Evaluation, Construire, formaliser et évaluer la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Les Cahiers de l'Actif* N°350/353 p. 51

⁴ L'institution est à considérer dans son sens anthropologique : une organisation dont les règles qui ont émergé spontanément dans l'histoire, ont été adoptées par des groupes sociaux.

A l'EHPAD de La Fouillouse, le personnel semble globalement dévoué, de bonne volonté et plutôt prévenant envers les pensionnaires; cependant, « le poids des habitudes » ne porte pas forcément à interroger les équilibres anciens mais plutôt à reproduire des comportements stéréotypés. Le projet architectural qui fait consensus auprès des professionnels, apparaît alors comme une occasion d'amener du changement au cœur même de l'organisation. Il est facilité par le fait que les agents vont devoir travailler une nouvelle organisation de travail, se projeter dans de nouveaux locaux moins propices à la reproduction des attitudes.

En outre le « projet » relève d'une démarche prospective et trace des perspectives. Il permet d'entrevoir et d'identifier des directions à prendre ; il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer⁵.

La démarche projet qui vient en rupture avec des modes d'auto organisation structurés autour de légitimation de métiers, est un mode de management qui permet de mobiliser les Hommes dans le but d'atteindre un objectif commun en faisant émerger du sens à l'action. Par ailleurs, la démarche qui se veut participative, peut éviter que la reconstruction représente une opportunité d' « instrumentalisation » d'une Direction sur les agents au motif d'un changement attendu.

La mission que m'a confiée la Directrice, m'a amené à m'interroger sur la question suivante :

En quoi peut-on dire que le projet de construction de l'EHPAD de La Fouillouse constitue une opportunité de conduire le changement en conjuguant à la fois la dimension stratégique et la dimension opérationnelle d'un management moderne ?

J'ai pensé tout d'abord, que le projet architectural pouvait permettre de repenser l'identité et la politique globale de l'institution, de revoir le positionnement de l'établissement comme acteur d'une politique de prise en charge des personnes âgées au sein du territoire (I).

Dans un deuxième temps, il m'a semblé que le projet architectural était propice au changement dans les pratiques professionnelles grâce notamment à la mise en oeuvre d'une démarche projet comme mode de management du changement. Cette démarche conjugue deux dimensions : la dimension stratégique qui permet certaines prises de décisions collectives sur un mode participatif, et la dimension opérationnelle qui permet la mise en place d'actions en vue d'atteindre les objectifs fixés au préalable (II).

Enfin, ma dernière partie porte sur la mise en oeuvre du projet architectural à l'EHPAD, du diagnostic à la conception du projet jusqu'à la phase programme et au plan de financement.

⁵ P. LEFEVRE Guide de la fonction de directeur social et médico-social, Paris, DUNOD, 1999, p147

Cette partie a permis d'appliquer un management participatif, en tenant compte d'une **stratégie** adoptée, avec le choix d'une démarche par projet comme mode de management et **des outils opérationnels** adaptés aux décisions et au processus de mise en œuvre (III).

1- L'établissement comme acteur d'une politique publique de prise en charge des personnes âgées

Les Maisons de Retraite ont évolué au fil des années en fonction des transformations de la société et des orientations données par les politiques publiques dans lesquelles elles doivent s'inscrire. Les EHPAD se positionnent au sein d'un territoire en fonction des besoins identifiés au travers des plans, programmes ou schémas définis sur le plan national ou départemental. Le projet d'établissement doit constituer le cadre de référence de la stratégie et de la politique des établissements.

1.1- Les évolutions des politiques publiques en faveur des personnes âgées et leurs impacts sur les établissements d'accueil

Les établissements accueillant des personnes âgées ont considérablement évolué depuis les années 1970. Sans doute faut-il y voir une réponse aux évolutions démographiques et sociales. Notre société évolue vers une reconnaissance de droits collectifs et individuels. Le secteur des personnes âgées ne fait pas exception à la règle. L'évolution législative traduit cette avancée, rendant la gestion des établissements plus contraignante.

1-1-1 Des évolutions démographiques, sociales et économiques qui induisent de nouvelles politiques en faveur des personnes âgées dépendantes

A- Les évolutions démographiques et l'apparition du concept de dépendance

Nous vivons une révolution : celle de la longévité. Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. Elle dépasse désormais 80 ans. Quatre générations, voire cinq, coexistent désormais au sein d'une même famille. Alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005, en raison du déficit de naissances lié à la

première guerre mondiale, ce chiffre va quasiment doubler dans les dix prochaines années, passant de 1 100 000 personnes en 2005 à 1 900 000 personnes en 2015.

Par conséquent, ***le nombre de personnes âgées augmente et va encore augmenter de manière plus importante dans les années à venir.***

Or, cette étape de la vie est souvent marquée par l'apparition et l'accentuation des incapacités, de la maladie chronique et de la dégénérescence des fonctions essentielles, qui altèrent l'autonomie de l'individu. Ce phénomène touche tous les pays occidentaux d'une façon générale.

Depuis quelques années, les médecins, les médias et la société ont pris conscience que ***la dépendance des personnes âgées allait devenir l'une des préoccupations de santé des sociétés modernes.*** La dépendance peut être physique avec des difficultés à réaliser les gestes de la vie courante (faire sa toilette, s'habiller, se déplacer à l'extérieur...); d'autres problèmes physiques peuvent se cumuler (des problèmes cardio-vasculaires, gastro-intestinaux ou ostéoarticulaires). La dépendance peut également être d'origine psychique avec des problèmes de cohérence et d'orientation principalement. Souvent, les pertes d'autonomie physique et psychique se cumulent au fur et à mesure où les personnes avancent en âge.

En France, le concept de dépendance a été créé pour décrire le phénomène d'altération de l'autonomie des personnes. Au départ, les notions de dépendance et de handicap étaient fortement liées. Le « schéma de Wood »⁶, retenait trois dimensions pour le handicap :

- La déficience, définie comme « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique ou anatomique »
- L'incapacité, qui « correspond à toute réduction partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain »
- Le désavantage, qui « résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal, en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ».

Son application s'est heurtée aux limites de l'âge : au-delà d'un certain âge, toute personne était susceptible d'entrer dans ce schéma du handicap. La question du financement de la prise en charge de ces déficits a alors été évoquée.

⁶ Construit par le britannique Philippe Wood pour l'OMS en 1980

La création de la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D.) en 1997⁷ (remplacée plus tard par l'A.P.A.⁸) a établi par l'âge fixé à 60 ans, une ligne de partage entre handicap et dépendance. La dépendance est alors définie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée dans les actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée ». Cette dépendance est mesurée grâce à un outil, la grille AGGIR, élaborée par des médecins gériatres.

En outre, **les syndromes démentiels sont de plus en plus élevés**: selon une étude de juin 2007 de l'Observatoire National de la Recherche sur la maladie d'Alzheimer, principale cause de dépendance des personnes âgées, l'incidence de la démence peut être estimée à 8.7% chez les personnes de 65 ans et plus et à 17.8% chez celles de 75 ans et plus.

Aujourd'hui, près de 860 000 personnes en France sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et on estime à 24 millions le nombre de personnes atteintes par la maladie à travers le monde.

A ces aspects épidémiologiques préoccupants, il faut ajouter les aspects cliniques de cette maladie : la maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative (par opposition aux autres formes de démences de type vasculaires, toxiques ou carentielles) qui altère les capacités de mémoire et entraîne la perte des repères dans l'espace et dans le temps : la personne ne reconnaît plus ses enfants ou son conjoint. La maladie d'Alzheimer provoque aussi de graves troubles du comportement : la personne la plus douce peut devenir très agressive. Enfin, cette maladie entraîne une perte plus ou moins lente et plus ou moins complète de l'autonomie.

La prévalence de la maladie augmente très fortement avec l'âge ; de 1.5% à l'âge de 65 ans, elle double tous les 4 ans pour atteindre 30% à l'âge de 80 ans.

La maladie d'Alzheimer est la cause majeure d'entrée en institution, le plus souvent à un stade évolué de la maladie, mais la grande majorité des personnes qui en sont atteintes vivent à domicile.

B- Des enjeux importants en termes de santé publique

Aujourd'hui, **la charge de la dépendance pèse sur les familles**. Ces dernières fournissent la majorité de l'aide et constituent le pivot du réseau de soutien informel (familles et proches) et formel (aides professionnelles). Cette mobilisation relève pour certains d'une obligation morale, pour d'autres d'une contrainte imposée ou pour beaucoup, plus simplement, d'une

⁷ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la P.S.D.

⁸ Allocation Personnalisée d'Autonomie, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002

solidarité familiale naturelle. Quelle qu'en soit l'origine, cette prise en charge familiale n'est pas sans difficultés ou souffrances. Avoir un proche dépendant à charge, c'est lui consacrer tout son temps, son énergie, ses ressources financières. C'est porter un fardeau affectif et psychologique. Vingt-six pourcents des personnes les plus dépendantes sont prises en charge exclusivement par un proche. Par ailleurs, le vieillissement des aidants pose un cas aux lourdes implications. Un aidant de plus de 75 ans avec un parent quasi centenaire ne sont plus chose rare et sans doute ce phénomène sera observé de plus en plus souvent. Alors quand l'aidant connaît à son tour une défaillance, la situation devient brutalement dramatique.

De surcroît, les aidants doivent souvent supporter des moments d'incompréhension de la maladie d'Alzheimer, de doutes concernant son évolution et faire le deuil de la relation perdue avec leur parent qui ne sera jamais plus comme avant.

La famille est placée devant de nombreuses décisions difficiles à prendre : avoir un avis spécialisé puis annoncer le diagnostic, arrêter la conduite automobile, mettre en place des aides au domicile ou fréquenter des lieux d'accueil extérieurs, décider de l'entrée en institution...L'évolution progressive de la maladie conduit à une perte croissante de l'autonomie qui peut remettre en cause le choix initial du maintien à domicile ; la phase ultime, souvent longue et privée de communication verbale ainsi que l'évolution de la relation avec une personne dont la personnalité a changé au fil de la maladie, rendent cette période encore plus douloureuse.

Ce véritable fardeau que les aidants portent, peut se traduire par une nette baisse de la qualité de vie et des problèmes de santé (d'ordre physique ou psychique comme des risques de dépression). Ils ont besoin d'informations, de formations, parfois d'interventions psychothérapeutiques et de possibilités de répit.

Si les aidants n'ont pas la possibilité d'être soulagés, leur épuisement devient inéluctable et peut aboutir à des situations de crise ; des risques de maltraitance peuvent survenir, des entrées en institution ou en hospitalisations peuvent ne pas être adaptées ou se faire souvent dans l'urgence sans préparation initiale.

Le nombre important de personnes sur liste d'attente peut conduire dans certains cas à des choix d'entrée en institution faits dans la précipitation. Un phénomène de glissement⁹ peut parfois être constaté chez la personne âgée.

Enfin, l'éclatement des familles, le travail des femmes et la montée des individualismes rendent encore plus difficile la prise en charge des malades et les institutions sont de plus en plus sollicitées.

⁹ Le syndrome de glissement se définit comme le renoncement à la vie traduisant une rupture de différents équilibres. Les premiers signes cliniques sont souvent une inappétence, un défaut d'hydratation, des troubles du comportement, des chutes inexplicables ou des troubles sphinctériens.

C- Des coûts de prise en charge de plus en plus importants et la raréfaction des ressources au cœur des réflexions politiques

Pendant longtemps, l'Etat français a considéré que la santé d'un individu n'avait pas de prix. Notre santé était individualiste, dans le sens où elle était au service de l'individu : ce dernier ne devait pas être sacrifié à l'intérêt collectif. Cette philosophie a prédominé jusque dans les années 80. Mais face à la raréfaction des ressources et la crise de l'Etat Providence, les positions utilitaristes, déjà en vigueur dans les pays anglo-saxons ont commencé à trouver un écho en France. Les politiques socio-économiques redistributives, acceptées pendant la période des Trente Glorieuses au nom de la justice sociale, sont aujourd'hui plus discutées avec le creusement des déficits ; cependant, le système de protection sociale existe toujours en France malgré les catastrophes annoncées.

Au cours des dernières années, la question des soins à offrir aux personnes âgées est devenu l'objet d'un débat social inévitable ; avec le vieillissement de la population que l'on n'a pas correctement anticipé, la multiplication des pathologies associées à l'allongement de la vie et l'augmentation des coûts due aux nouvelles technologies de plus en plus performantes, les Pouvoirs Publics s'inquiètent des dépenses à venir. Les ressources n'étant pas illimitées, il faut essayer de les répartir de manière plus rationnelle et aujourd'hui, on est bien obligé d'admettre que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. La crainte, c'est qu'à un moment donné, la vision de la société devienne sacrificielle : vaut-il mieux prendre en charge un père de famille de 40 ans plutôt qu'une personne de 80 ans qui n'a plus toute sa tête ? Quel est le meilleur équilibre entre les intérêts de l'individu et l'intérêt collectif ?

Les politiques publiques aujourd'hui, sont de plus en plus évaluées en fonction de leur pertinence (quels objectifs pour un problème social donné), quelle cohérence (quels moyens par rapport aux objectifs déterminés), quel efficacité (quels résultats par rapport aux moyens dont on dispose). La politique de prise en charge des personnes âgées n'échappe pas à cela d'autant que **l'accroissement des coûts de prise en charge des personnes âgées dépendantes semble inéluctable** sous l'effet des exigences accrues en matière de qualité des prestations (à domicile ou en institution) qui impliquent des besoins en personnels qualifiés et la modernisation des structures d'accueil comme les EHPAD.

De plus, le financement de la dépendance est loin d'être résolu. Actuellement, il est difficile de définir avec exactitude le coût de la prise en charge mais dans un *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et apparentées*, de 2005, l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé estime à « 22 099 € en moyenne les dépenses annuelles par personnes atteintes dont 55% du coût total resterait à la charge des familles ».

En outre, l'ensemble des dépenses représenterait « 9.9 milliards d'euros et le coût pourrait s'accroître très rapidement et représenter une dépense totale de 20 milliards d'euros en 2020 ». Les Pouvoirs Publics étudient actuellement la mise en place d'un cinquième risque dans le champ de la protection sociale, chargé de financer le risque dépendance.

D- Les réponses des Pouvoirs Publics dans la prise en charge de la dépendance

Face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, ***les Pouvoirs Publics ont élaboré un certains nombres de programmes et de dispositifs. Ces dispositifs ont toutefois tardé à se mettre en place.***

En France, dans une société où l'image du vieillissement (et de la mort plus généralement) effraie, ***certaines formes de dépendances comme la maladie d'Alzheimer sont restées longtemps dans l'ombre, longtemps incomprises et ont souffert d'un manque de reconnaissance qui a certainement limité les moyens mis en œuvre*** pour faire face au défi douloureux auquel les familles sont confrontées.

Il faut dire que même si la maladie a été découverte en 1906 par un médecin allemand, Alois ALZHEIMER, il faudra attendre le dernier tiers du XX^e siècle pour voir les connaissances sur cette maladie évoluer sensiblement. Jusque dans les années 1960, on supposait que la maladie était rare, mais plus tard, on s'aperçut que dans beaucoup de cas, ce que l'on avait pris pour des aspects normaux de la sénescence relevait en fait de cette maladie. Plus tard, une quantité considérable de travaux en particulier américains, se sont attachés à affiner les critères de diagnostic et à définir les indicateurs de sévérité de la démence, préalable à indispensable à l'évaluation des premiers traitements. Dans le même temps, les développements de la recherche dans les domaines de la physiopathologie et de la génétique ont enfin ouvert des perspectives thérapeutiques.

A l'étranger, dans un pays comme les Etats-Unis, la publicité faite autour de certaines personnalités politiques (le Président Ronald Reagan...), du monde du spectacle (Rita Hayworth, Charlton Heston ou Charles Bronson...) ou du milieu sportif (Sugar Ray Robinson...) touchées par la maladie, a donné à la maladie d'Alzheimer le statut de maladie publique bien avant la France où elle est apparue comme maladie « nouvelle », selon l'expression du Pr DUBOIS, hôpital Salpêtrière, depuis peu.

En effet, la prise de conscience par les autorités politiques et les administrations de santé de l'importance du problème a été tardive. Elle ne date finalement que du début du XXI^{ème} siècle. Pour illustrer ce propos, on peut constater que le rapport du Haut Comité de Santé Publique, établi en 1998 et censé faire le point sur les problèmes majeurs de santé publique, ne mentionne pas la « démence » de façon globale, ni la maladie d'Alzheimer. Pourtant, en 1998, les démences touchaient déjà au moins 500 000 Français. Les Pouvoirs Publics ont toutefois conscience de la montée en charge de la dépendance avec la loi de janvier 1997.

Plus globalement, le drame humain de la canicule en 2003 qui a provoqué près de 15 000 décès, a entraîné une prise de conscience des Pouvoirs Publics et « a rappelé à notre société le prix de son indifférence et ce qu'il en coûte de laisser se diluer les solidarités les plus essentielles. C'est autant de notre désintérêt que des conditions climatiques qu'ont été victimes les plus fragiles de nos concitoyens »¹⁰.

Les plans, lois, décrets, arrêtés et circulaires, certes très récents, vont jouer alors un rôle d'impulsion et d'évolution dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ils visent d'abord à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, parce que c'est le souhait de la très grande majorité des personnes, par une prise en charge adaptée. Pour cela, ***l'État et les Collectivités Territoriale souhaitent rompre avec le mode de prise en charge trop binaire (domicile ou hébergement en établissement), grâce à des offres diversifiées***. Ces mesures visent par ailleurs, à ***assurer une continuité*** dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (entre Hôpital, domicile, établissement) avec une organisation en filières gériatriques.

Ils ont fait tout d'abord, évoluer l'image ainsi que la manière de traiter les « démences » en général.

En premier lieu, il est important de citer les plans et tout d'abord, **le premier plan national (2001-2004) intitulé « Programme d'actions destiné aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées »**. Ce plan a permis la création des premiers centres de mémoires, de ressources et de recherche (CMRR) et des consultations mémoires (CM). Un second plan a succédé au premier : **le plan Alzheimer et maladies apparentées (2004-2007)**. Ce plan, développant 10 objectifs, insistait sur la recherche, le diagnostic, le soutien aux familles et l'adaptation des structures. Outre la poursuite du travail initié pour ouvrir des CMRR et des CM, ce plan a permis de lancer une véritable réflexion éthique nationale donnant lieu à 5 colloques nationaux. Des moyens ont également été affectés.

¹⁰ Rapport n°1544 au nom de la commission des Affaires Sociales du Sénat en 2004 (MM Ollier et Novelli)

Le dernier plan Alzheimer (2008-2012) financé notamment par un système de franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires a permis de poursuivre les actions entreprises. Ce plan élaboré sur la base de la Commission présidée par le professeur Ménard qui a remis son rapport le 8 novembre 2008 insiste sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants. Ce plan se veut un engagement politique fort du Président de la République ; regroupé dans 44 mesures, ce plan vise 3 objectifs :

- Apporter un soutien accru aux aidants ;
- Renforcer la recherche médicale ;
- Informer, sensibiliser le grand public et promouvoir une réflexion et une démarche éthique.

Ce dernier plan doit favoriser le maintien à domicile (souhait de la majorité des malades) par la création d'équipes spécialisées, de places de services à domicile et de structures de répit (services d'accueil de jour, d'accueil temporaire). Des places supplémentaires en institutions seront par ailleurs créées. Enfin, une porte d'entrée unique dans le système de prise en charge sera proposé aux patients et aux familles à travers les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Maladies d'Alzheimer).

Par ailleurs, des moyens supplémentaires ont été octroyés pour les établissements avec le **Plan Vieillesse et Solidarité de 2003** renforçant la médicalisation des Maisons de Retraite grâce à un meilleur encadrement et facilitant le maintien à domicile par le développement de services à domicile, d'hébergements temporaires et d'accueils de jour. Le financement des mesures devait être assuré par l'instauration d'une journée de travail supplémentaire appelée « journée de solidarité »¹¹.

Le Plan Solidarité Grand Age (2007-2012) qui a succédé au Plan Vieillesse et Solidarités de novembre 2003, vise plusieurs objectifs : donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant l'offre de service ; améliorer la qualité de la prise en charge en Maison de Retraite en augmentant le nombre de personnels ; développer la filière gériatrique et d'insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention. Ainsi, ce plan prévoit, l'ouverture de 2 500 places d'accueil de jour par an sur 5 ans (soit un total de 12 500 places supplémentaires). Dans les unités d'hébergement, un ratio d'encadrement en personnel de 0.65 tout personnel confondu est

¹¹ La loi du 30 juin 2004 pose le principe d'une prise en charge collective de la dépendance, instaure la « journée de solidarité » qui oblige les entreprises et collectivités à verser une cotisation de 0.3 % de la masse salariale et les salariés à travailler une journée supplémentaire en échange ; de plus, la Caisse Nationale de Solidarité (CNSA) est créée pour gérer ces fonds.

prévu; un ratio de 1 pour 1 est prévu pour les unités ayant un GMP (Gir Moyen Pondéré)¹² supérieur à 800. Enfin, une consultation de prévention gratuite est proposée systématiquement aux personnes de plus de 70 ans ; cette consultation de prévention mise en place depuis le 1^{er} juillet 2007, doit permettre entre autre, un diagnostic plus précoce de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

Le SROS III Rhône-Alpes (2006-2010), outil permettant de répartir sur le territoire régional les activités de soins et les équipements médico-techniques nécessaires aux besoins de santé de la population, souhaite dans un de ses volets la mise en place d'une organisation générale qui permette l'« organisation en filières de soins » ; « l'analyse des besoins souligne en effet que le vieillissement de la population agit directement sur le système de soins et nécessite de sa part de multiples adaptations ».

Le nombre de personnes présentant un risque élevé de perte d'autonomie croît, ce qui tend à augmenter leur durée de séjour hospitalier. Les difficultés à planifier un retour à domicile sont plus importantes pour ces patients souffrant de polyopathologies et notamment de syndromes démentiels.

Le SROS souligne la faiblesse actuelle du dispositif de prise en charge de ces patients pour lesquels, « l'offre régionale est prise à défaut tant sur le plan qualitatif que quantitatif ».

« Cette population fragilisée doit être prise en charge par des services compétents en gériatrie, organisés en filières ».

Le PRIAC (PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement du handicap) Rhône-Alpes (2008-2012) traite dans son volet « personnes âgées » de ses orientations sur la question de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé un nouveau dispositif institutionnel de pilotage, s'agissant de la compensation collective des handicaps et de la perte d'autonomie. Ce dispositif, construit autour de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) a modifié les règles d'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et handicapées relevant de la compétence de l'Etat. Le PRIAC fixe les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services à échéance de cinq années, avec une actualisation annuelle. Il a pour objet de programmer des évolutions de l'offre existante, à partir des moyens existants et des besoins nouveaux identifiés notamment au travers des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

¹² Le GMP permet de situer la dépendance moyenne des personnes accueillies en institution ; plus la moyenne est élevée, plus les résidents sont dépendants

Le PRIAC Rhône-Alpes (2008-2012) dont les priorités ont été déterminées en fonction des orientations du Plan Solidarité Grand Age et du Plan Alzheimer, a retenu parmi ses axes d'actions le dépistage et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Pour cela, il souhaite:

- favoriser l'accompagnement précoce de la maladie d'Alzheimer par la création de places d'accueil de jour adaptées,
- poursuivre et accompagner les places de SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile),
- amplifier l'effort de création de lits d'accueil temporaire
- développer les alternatives à l'hébergement complet : accueil de nuit, garde itinérante de nuit ...
- soutenir le développement de réseaux de soins en intégrant la dimension médico-sociale et sociale,
- généraliser et structurer les filières gériatriques
- développer et assurer un suivi attentif des unités adaptées à l'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en institution.

Enfin, au niveau local, **le Schéma Gérontologique de la Loire (2008-2012)** reprend les grands thèmes de la politique nationale adaptée au contexte local : poursuivre la médicalisation des structures d'hébergement avec la généralisation des unités de vie adaptées à la prise en charge des personnes dépendantes, organiser une filière pour la prise en charge des personnes âgées atteinte de la maladie d'Alzheimer, construire de véritables filières gériatriques pour assurer une meilleure coordination entre l'Hôpital et les établissements médico-sociaux avec comme objectif la continuité de la prise en charge du patient avec le domicile, promouvoir des solutions nouvelles et innovantes avec le développement de réponses adaptées d'accueils alternatifs à l'hébergement complet, prises en charge du type accueil de jour, accueil temporaire dans les établissements. Enfin, des financements complémentaires à l'APA doivent aider certaines personnes souhaitant rester à domicile en attendant la création annoncée de « la Prestation Unique de Compensation » en 2010.

1-1-2 De nouvelles problématiques pour les établissements et un nouveau cadre législatif

A- Les conséquences de l'évolution de la population accueillie sur la prise en charge, compte tenu de l'architecture ancienne

Des enquêtes auprès d'établissements accueillant des personnes âgées montrent que **les personnes entrent en EHPAD de plus en plus âgées**: les personnes de 80 ans et plus représentent 70 % de la population en institution, les personnes de 90 ans environ 30 %.

Par ailleurs, la proportion de personnes fortement dépendantes est en progression, et ce dès l'entrée en institution (8 résidents sur 10 dont la moitié est classée en GIR 1 et 2); de plus, 90 % des résidents présentent au moins une affection neuropsychiatrique et un tiers des syndromes démentiels dont la maladie d'Alzheimer fait partie. Par ailleurs, les EHPAD sont amenés à se médicaliser de plus en plus car les résidents cumulent bien souvent plusieurs pathologies. Ce phénomène qui est survenu rapidement, tend à s'amplifier et devient même un enjeu financier avec l'outil PATHOS qui évalue le temps de soins au « pied du malade » et contribue au calcul des dotations financières en soins des établissements.

Un très grand nombre d'établissements sont devenus rapidement inadaptés à la prise en charge de la grande dépendance. C'est le cas des établissements construits dans les années 1970-80 pour un public âgé mais valide, qui ne sont plus adaptés ni même parfois accessibles à des personnes à mobilité réduite. Ils le sont encore moins à des personnes désorientées. Il est inconcevable aujourd'hui que ces personnes puissent « errer » dans de longs couloirs, au cinquième étage d'un bâtiment alors que le personnel se trouve aux étages inférieurs. Bien au contraire, ces personnes nécessitent de vivre dans de petites unités, en groupes restreints, entourés de personnels spécifiquement formés.

Les anciens agents se sont trouvés également démunis face à la modification du profil des personnes entrant en EHPAD (d'ailleurs, la terminologie même a changé, on ne parle presque plus de « Maisons de Retraite »). Le personnel a dû changer sa façon de travailler et l'adaptation a été et reste encore difficile malgré l'arrivée de nouveaux agents ou le développement des politiques de formation. De plus, les conditions de travail se sont également dégradées : les agents ont adapté leur façon de travailler aux locaux existants alors que les locaux doivent en principe servir l'organisation de travail mise en place.

B- L'affirmation progressive des droits individuels des personnes âgées

Pendant longtemps, les personnes âgées ont souffert des représentations sociales négatives de la vieillesse ; celles-ci « sont déterminées par les normes de la société dominante et s'inscrivent en négatif de ces normes »¹³. Dans une société où la valeur dominante est la performance, la vieillesse associée à la déchéance physique apparaît comme « non rentable ». En considérant les aînés comme des êtres humains au rabais, comme des êtres inutiles voués à la maladie et au handicap, « la lassitude de vivre des vieux est devenue un cliché des plus communs. De proche en proche, on en vient à l'idée qu'en favorisant la disparition des personnes âgées, on ne ferait qu'accéder à leur désir »¹⁴. L'homme est passé au service de l'économie, au lieu que l'économie soit au service de l'homme. Cette inversion des rapports de l'homme et de l'argent a des effets désastreux dans la mesure où la préséance de l'avoir sur l'être qui en résulte provoque une vision utilitaire de l'homme profondément dégradante pour lui. Responsable d'un processus de déshumanisation à l'encontre de ceux qui manquent d'argent, elle est particulièrement néfaste pour les personnes âgées désargentées, obligées de s'interroger sur l'utilité de leur survie (notamment vis-à-vis de leurs proches). Pour Hannah Arendt¹⁵, « si nous nous obstinons à concevoir notre monde en matière utilitaire, des masses de gens en seront constamment réduites à devenir superflues » (Le Totalitarisme). Le sociologue Michel Billé¹⁶ a mis en exergue la nécessité de sortir d'une vision utilitariste de la personne : « jusqu'au dernier jour, un être humain a sa raison d'être ne serait-ce que par l'attention qu'elle suscite chez les autres ».

Jusque dans les années 1970, les hospices véhiculaient une image négative ; ils étaient désignés comme des « mouiroirs » où se côtoyaient des personnes handicapées les personnes dépendantes.

Les établissements d'hébergements pour personnes âgées ont beaucoup évolué depuis une trentaine d'années. Si on a parlé d'humanisation des Maisons de Retraite à partir de 1975, c'est pour rompre avec l'image péjorative associée aux hospices. Au fil du temps, la notion d'hébergement s'est transformée, en intégrant les principes du respect des droits et des

¹³ « Avec le temps..., de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter », éditions Los Solidarios, Suzanne Weber, 2003

¹⁴ Suzanne Weber, op. citée.

¹⁵ Hannah Arendt (1906-1975), philosophe allemande naturalisée américaine connue pour ses travaux sur l'activité politique, le totalitarisme, la modernité.

¹⁶ Michel Billé, sociologue spécialisé dans l'approche sociologique des questions relatives au handicap et à la vieillesse

libertés individuels. On évoque aujourd'hui l'individualisation des prises en charge des résidents. L'évolution des termes est à elle seule significative.

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 a permis d'organiser l'offre médico-sociale et a trouvé une traduction au niveau architecturale mais a montré quatre principales insuffisances :

- **la législation se montre muette sur le droit des usagers**
- **la législation est trop centrée sur la prise en charge à temps complet**
- **les outils de planification sont peu efficaces** pour adapter l'offre de soins et on dénombre une grande disparité de taux d'équipements

• enfin, **la loi n'insiste pas sur les partenariats** entre l'Etat et les Départements, les établissements et les services, les tarificateurs et les acteurs

L'image des établissements demeure dévalorisée et la citoyenneté du sujet âgé reste encore ignorée.

C'est dans ce contexte que la première charte des personnes âgées est publiée en 1987, puis la « **charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes** » en 1999 qui affirme que « les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leur liberté d'adulte et de leur dignité d'être humain ».

La réforme de la tarification en 1999, et le cahier des charges du conventionnement tripartite posent clairement les enjeux de cette évolution et **imposent la mise en œuvre d'une démarche qualité**. Dans cette optique, **des projets de vie** voient le jour.

Les établissements contractualisent désormais avec les Autorités de Tarification (DDASS et Conseil Général), pour « 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 »¹⁷. Le renouvellement des conventions se fait après évaluation des actions menées au regard des objectifs définis.

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, confirme l'intérêt de ce projet de vie, renforce son articulation avec les droits des usagers et propose des outils de mise en œuvre (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, livret d'accueil...). On parle désormais de projet de vie et d'accompagnement personnalisé. Les orientations principales de cette loi sont les suivantes :

- **promouvoir le droit des bénéficiaires** : le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité ; le libre choix des prestations (domicile ou établissement) ; une prise en charge individualisée avec sa participation directe au projet d'accueil ou d'accompagnement en respectant son consentement éclairé

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

- **élargir les missions de l'action sociale** en diversifiant notamment les modes de prise en charge (accueil permanent ou temporaire, avec ou sans hébergement, à temps complet ou partiel)
- **améliorer les processus de pilotage** (la planification, le régime des autorisations, l'évaluation de la qualité, contrôle des établissements)
- **instaurer une réelle coordination entre les acteurs** (relations Etat/Département, coopération entre les établissements en favorisant les complémentarités, les réseaux, et les filières, relations décideurs/établissements)

C- L'impact de la démarche qualité sur les pratiques des professionnels

La démarche qualité a eu un impact direct sur la prise en charge. Cependant, de manière générale, la remise en cause des pratiques des agents est difficile. On peut le constater au travers de la démarche d'évaluation qui se veut pourtant consensuelle.

Ce phénomène n'est pas propre à l'EHPAD de La Fouillouse, il est propre à l'ensemble du secteur médico-social. La question de l'évaluation est lourde de sens et chargée d'idéologie. Elle met en jeu des valeurs. Le meilleur synonyme de la qualité, c'est le bien. Or, le bien pour les uns n'est pas forcément le bien pour les autres, ce qui explique que cette démarche apparaisse souvent conflictuelle. On a connu une époque où l'action sanitaire et sociale était du côté du bien par essence, par postulat¹⁸. Une forme d'autolégitimation s'est longtemps manifestée et le travail sur autrui s'est longtemps fondé sur des valeurs universelles et a véhiculé une dimension sacrée qui donnait aux professionnels une légitimité de fait.

Par ailleurs, pendant longtemps des professionnels ont résisté à l'évaluation et à la démarche qualité en mettant en avant la singularité du secteur qu'il faut malgré tout ne pas nier. Les spécificités tiennent tout d'abord au fait que la relation est une interaction (la qualité dépend de l'investissement de celui auquel elle s'adresse). De plus, la prestation est difficilement quantifiable ou stockable comme dans le secteur industriel, ce qui rend l'évaluation difficile. Il y a également une très forte dose d'imprévisibilité et d'inattendu donc la maîtrise de la relation n'est qu'illusoire. Enfin, la prestation relève très souvent du domaine de l'intime, donc considérée comme intrusive et touche à la condition de l'être humain.

¹⁸Michel Laforcade et Philippe Ducalet « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales » Seli Arslam, 2^e édition, 2004, p 140

L'évaluation et l'esprit critique ne sont donc pas naturels dans un établissement ; la tendance est davantage à la chronicisation et au souci de sa propre reproduction où chacun répète globalement ce qu'il a toujours fait et ce qu'il a toujours voulu faire sans s'intéresser à ce qu'on ne fait pas ou ce qu'on devrait faire. Or la démarche qualité suppose au premier chef une volonté de rompre le cycle de la répétition et du mimétisme.

D- Les exigences accrues des familles

L'hébergement et une partie de la dépendance sont payés par le résident (ou sa famille). Cela fait de lui un consommateur « client » qui a le droit d'avoir des exigences vis-à-vis des prestations qui sont délivrées. Ces évolutions sociétales remettent en cause à la fois la gestion des établissements, les organisations, les pratiques et les expériences professionnelles. Avec les contrats de séjour, un des outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002, la relation entre l'établissement et le résident est contractualisée ce qui renforce les droits des usagers.

Les établissements doivent s'adapter à une culture de « clientèle » et aux nouvelles exigences des familles notamment en terme architectural. Les bénéficiaires des prestations sont désormais des clients à part entière. Selon J.R. LOUBAT¹⁹, le statut de client conféré au bénéficiaire le met « en position contradictoire, titulaire de droits opposables et de possibilités de recours, et en position de faire jouer la concurrence ». La demande des familles se modifie : la visite répétée de l'établissement, la comparaison, voire l'acclimatation progressive sont désormais pratiques courantes avant l'entrée en institution. De plus, les chambres à deux lits ont tendance à « rebuter » les familles qui souhaitent installer leur parent en établissement. Mieux informés sur les thérapies et sur les pratiques, les usagers du système de santé et médico-social sont devenus plus critiques et tendent désormais à adopter un comportement de client, en formulant des exigences de sécurité et d'amélioration des conditions d'accueil.

Par ailleurs, la concurrence entre le secteur public et le secteur privé (à but lucratif notamment) existe et devient de plus en plus prégnante; l'enjeu est porteur d'une approche nouvelle qui interroge le rapport entre l'utilité sociale et la rentabilité économique d'une activité.

¹⁹LOUBAT J.R., 2007, « La relation de service au sein de l'Action sociale et médico-sociale, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2497 p39-40

De plus, **on assiste à une judiciarisation accrue de la vie sociale** ; les établissements sont de plus en plus vigilants aux actes de soins ou de maltraitance qui pourraient survenir au sein des structures. La nouvelle exigence du « risque zéro », l'inacceptabilité sociale du risque s'est accompagnée d'une augmentation sensible des actions en justice et des condamnations, entraînant des incidences sur la réglementation.

La jurisprudence judiciaire et administrative ainsi que divers textes législatifs ou réglementaires ont permis l'évolution des esprits sur des sujets comme la dignité du patient²⁰, le droit au traitement de la douleur²¹ ou la responsabilité médicale. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a fait évoluer les relations entre les patients ou résidents avec les médecins ou personnels soignants vers plus de maturité.

Par ailleurs, l'exposition médiatique des actes de négligence voire de maltraitance dans les établissements pousse les familles à se tourner vers les tribunaux civils ou administratifs quand il s'agit d'indemnisations, ou pénaux quand il s'agit de sanctions à prendre envers les responsables.

Cette tendance a progressivement été prise en compte et les établissements ont donc été contraints de se prémunir par la mise en place de véritables politiques qualité et de gestion des risques²² (démarche continue d'amélioration de la qualité, adaptation des établissements aux normes de sécurité et d'accessibilité, adaptation et personnalisation des lieux de vie...).

Enfin, l'apparition des usagers au sein des différentes instances des établissements a permis de contribuer à les renforcer dans leurs droits ; la création du **Conseil de la Vie Sociale** en 2002, **permet l'expression des familles** sur des sujets majeurs de la vie de l'établissement. Cela est parfois mal vécu par les agents qui le ressentent parfois, comme une remise en cause de leurs pratiques professionnelles.

1.2- Le positionnement de l'établissement au sein du territoire

²⁰ « Le médecin, au service de l'individu et de la Santé Publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » article 2 du Code de déontologie médicale

²¹ « Tout établissement de santé ou médico-social met en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent » art L 112 du Code de la Santé Publique et « intègre ces moyens dans son projet d'établissement » charte du patient hospitalisé de 1995 titre II.

²² Circulaire du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

Le CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) en 1998, avait fait le constat suivant : « La complexité de la prise en charge des patients, la

multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soins tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que de coûts (soins inutiles et redondants). Cette idée n'est pas neuve, on la retrouve à l'œuvre dans les projets de filières ou de réseaux ». Les établissements sont des lieux de réalisation des politiques publiques. **Leur positionnement ne doit pas être neutre, ils doivent s'inscrire dans le cadre de politiques impulsées à tous les niveaux** au travers notamment des schémas régionaux et départementaux; l'EHPAD de La Fouillouse se doit d'**identifier les besoins de la population** actuelle en anticipant sur les années à venir. Il doit également **vérifier si des coopérations sont en mesure d'optimiser l'offre de service** au sein du bassin de population.

1-2-1 Une évaluation prospective des besoins par une étude de population et d'opportunité

Une des premières démarches à effectuer par l'EHPAD dans le cadre de la reconstruction de la structure est de **déterminer sur un plan plus opérationnel, les besoins** à prendre en compte au sein du bassin de population auquel il est rattaché.

Un des préalables à la réalisation d'une étude d'opportunité, c'est-à-dire une évaluation prospective des besoins en lien avec le dispositif existant, est de **déterminer le territoire géographique** sur lequel va s'appuyer l'ensemble de l'étude en étudiant l'origine géographique des personnes prises en charge mais aussi des personnes sur liste d'attente.

Une des manières d'approcher les besoins de prise en charge des personnes âgées est d'**estimer de manière globale leur nombre actuel et à venir dans la population**, ainsi que les ressources territoriales existantes et la part vivant en établissement. Pour estimer les besoins généraux du secteur, on peut s'appuyer sur les données démographiques et leurs projections (source INSEE), appréhender le nombre actuel et à venir (horizon 2010 à 2030) de personnes de 60 ans et plus sur le département de la Loire et plus particulièrement sur le bassin de vie déterminé pour l'étude. Il convient également d'appréhender sur le territoire, la part des personnes âgées dépendantes, notamment les personnes atteintes de démences de type Alzheimer, et leur évolution potentielle.

Il s'agit également d'**analyser les caractéristiques et les besoins de la population** prise en charge actuellement à l'EHPAD de la Fouillouse mais également de celle sur liste d'attente dans l'objectif d'esquisser un schéma directeur en lien avec l'étude de faisabilité architecturale réalisée parallèlement. Il semble important de connaître les dates de naissance, le sexe, la date d'entrée, la provenance, la commune d'origine, le niveau et la nature de la dépendance des personnes accueillies dans l'établissement, mais également des personnes sur liste d'attente et les motifs de refus (exemple : impossibilité de prendre en charge des personnes ayant des troubles sévères du comportement).

Ensuite, afin de répondre aux besoins du plus grand nombre, il convient d'élargir cette étude afin d'**appréhender quantitativement et qualitativement les besoins de prise en charge non couverts** puisque non proposés sur le territoire, notamment les besoins en places de répit (accueil temporaire...) pour les personnes âgées afin de soulager les aidants.

En effet, l'objectif principal de ce travail est **d'analyser les besoins actuels et à venir** de l'établissement dans le contexte gérontologique global afin de **reconfigurer les réponses pouvant être apportées par l'établissement**.

1-2-2 Une coordination et une coopération nécessaires entre les acteurs

Un des objectifs de la loi « Hôpital, Patients, Santé, territoires » du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est d'organiser les parcours de soins en fonction des patients, en facilitant la coordination entre les professionnels de santé et médico-sociaux, les établissements de santé ou les EHPAD.

L'organisation de filières de soins et de réseaux de santé est devenue aujourd'hui incontournable. L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (n°96-345) et celle portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (n°96-346) fournissent aux réseaux de soins une existence légale et un cadre juridique. Les réseaux doivent assurer une **meilleure orientation du patient, favoriser la coordination et la continuité des soins** de proximité de qualité. L'apparition de ce concept est accompagnée de celui de filières de soins.

La filière de soins est une organisation de la demande de soins qui « correspond à la trajectoire empruntée par un usager pour circuler dans un dispositif d'offre organisé ou non en réseaux. L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant

la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage »²³. Par exemple, l'EHPAD de La Fouillouse offre une réponse d'aval à la filière de soins gériatrique pour les personnes âgées hospitalisées provenant des unités de longs séjour ou de soins de suite et réadaptation des Hôpitaux.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, donne une nouvelle définition aux réseaux de santé: « les réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers ». C'est, selon l'H.A.S.²⁴ « une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus ou d'une population, à un moment donné sur un territoire ». Le passage de réseau de soins à réseau de santé marque **la volonté du législateur de tenir compte d'une prise en charge globale de l'utilisateur** (sanitaire, sociale et médico-sociale) et de prendre en compte toutes les dimensions du soin (préventive, curative, de rééducation, de réadaptation) et non plus seulement de l'aspect curatif. **Le réseau constitue un moyen de dépasser les frontières érigées par les organisations**, en coordonnant l'offre et la demande et en intervenant sur les filières et sur les pratiques. Les EHPAD peuvent ainsi s'inscrire dans des réseaux gérontologiques.

Les réseaux s'inscrivent dans les schémas d'organisation sanitaires ou médico-sociaux. Les schémas régionaux comme les SROS (Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire) ou les schémas départementaux (Schémas gérontologiques) ont pour objet de prévoir, susciter les évolutions nécessaires de l'offre afin de répondre aux besoins de santé physique ou mentale. Ils visent à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre, ainsi que les coopérations entre les établissements. Ils fixent des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des organisations sanitaires et sociales.

Pour favoriser la coopération et la coordination entre les acteurs, le législateur a créé un outil juridique à la disposition des intervenants du secteur social et médico-social : le GCSMS (Groupement de Coopération Sociale ou Médico-sociale). Issu de la loi du 2 janvier 2002, le GCSMS est un dispositif dont la réglementation opérationnelle n'a été fixée que très récemment. Un décret du 6 avril 2006, une circulaire du 18 juin 2006 et une instruction ministérielle du 3 août 2007 en ont précisé le cadre juridique.

²³ Schweyer F.X., Levasseur G., Pawlikowska T. nov 2005, Créer et piloter un réseau de santé, 2^e édition, Paris : Editions E.N.S.P. p.13

²⁴ Haute Autorité de Santé ayant remplacée l'ANAES en 2004

Les modalités de fonctionnement sont très proches du Groupement de Coopération Sanitaire²⁵ et les objectifs sont de permettre aux acteurs une meilleure adaptation à l'évolution du secteur. **Les GCSMS permettent des stratégies d'alliance propres à dépasser les clivages traditionnels** : les acteurs déploient leurs activités dans un nouvel espace de référence dont la construction répond à une ou à des logiques supra institutionnelles par des stratégies d'alliances potentiellement dynamisantes. Le GCSMS est la formule juridique offrant le plus large champ d'activité.

Outre la **mutualisation des moyens** (locaux, véhicule, personnel,...), la mise en commun de service (juridiques, comptables, informatiques,...) ou d'équipements (restauration, blanchisserie,...), il permet des **interventions communes de professionnels** ou encore l'exercice direct de missions et prestations délivrées habituellement par un établissement ou un service.

Le principe de coopération, fondé sur une démarche volontaire, participe à rompre l'isolement de certaines structures ou de professionnels, à réaliser des économies d'échelle, à améliorer la qualité des prestations par une prise en charge globale des usagers. Par exemple, dans la Loire, on constate un manque de coopération dans certains domaines : il n'existe pas de listes d'attentes d'usagers communes aux EHPAD ce qui peut poser des problèmes en termes de complémentarité entre établissements d'une part, mais aussi lors des admissions. A la Maison de Retraite de La Fouillouse, on a constaté que si le GMP avait fortement augmenté, cela tenait certes au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance, mais aussi parce qu'un très grand nombre de nouveaux résidents sont orientés par les assistantes sociales des Centres Hospitaliers environnants et entrent dans l'établissement avec un certain nombre de pathologies importantes. Ces démarches isolées ne font pas l'objet d'une réelle coordination.

Dans la perspective de la reconstruction de sa structure, l'EHPAD de La Fouillouse ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur la mutualisation de certains services comme la restauration ou la blanchisserie et sur les coopérations qui peuvent permettre une optimisation des compétences et des moyens.

Par ailleurs, il se doit de réfléchir à l'offre qu'il va proposer compte tenu des orientations retenues par le Schéma Gériatrique de la Loire. L'économique ne doit pas prendre le pas sur le stratégique : l'activité proposée par l'établissement doit correspondre aux besoins réellement identifiés au sein du territoire.

²⁵ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux

1.3- Le projet d'établissement comme cadre de référence dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement

Le projet d'établissement est une traduction opérationnelle et une déclinaison individuelle des politiques publiques menées aux niveaux national, régional et local.

Par ses orientations, il permet la mise en œuvre de la politique de l'établissement et l'adaptation de ce dernier à son environnement.

Le projet d'établissement de l'EHPAD de La Fouillouse a été réactualisé en 2007 lors de la signature de la convention tripartite avec le Conseil Général et la DDASS.

Cependant, on constate des difficultés dans sa mise en œuvre tant pour des questions architecturales que pour des raisons liées à des pratiques professionnelles anciennes encore très ancrées parmi le personnel et à des raisons liées à un projet travaillé dans l'urgence.

1-3-1 Le projet d'établissement à l'EHPAD de La Fouillouse

A- Une obligation réglementaire mais surtout une nécessité pour un établissement

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :

« Pour chaque établissement, il est élaboré un projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

Le projet d'établissement est une représentation du futur, une schématisation d'objectifs et de plans d'actions. C'est un document qui sert de cadre de référence et va fonder et guider l'ensemble des personnels et partenaires d'un établissement dans l'organisation de son travail d'accompagnement et de soins. C'est un document formalisé qui doit permettre la mise en œuvre de la politique de l'établissement et un document évolutif qui doit pouvoir s'adapter afin de répondre aux mutations de l'environnement.

Le projet d'établissement a une double finalité :

Une **finalité dynamique**, ce sont les objectifs que l'établissement se fixe sur 5 ans compte tenu de ses besoins estimés ; il a vocation à être un outil au service des pratiques professionnelles et institutionnelles.

Il doit être connu par tous les acteurs et guider les modalités de prise en charge et d'accompagnement. Cette fonction de guide est renforcée par les différents outils mis en place au sein de l'établissement (livret d'accueil, contrat de séjour...).

Une **finalité opératrice** car c'est l'ensemble des actions qu'il va mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés : actions sur l'organisation, sur la structure, sur les procédures qui doivent être engagées pour assurer le développement de l'établissement.

C'est en outre à partir du projet d'établissement que peut être conduite une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité. « La définition des orientations stratégiques et d'une politique d'établissement claire et partagée, tenant compte notamment de l'environnement de l'établissement, constitue un préalable à la mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité »²⁶.

Le projet vise à donner aux usagers, aux organismes de tarification et aux partenaires la meilleure lisibilité sur les actions conduites au sein de l'EHPAD.

Il a également une fonction interne : cumuler les savoir-faire des équipes pour les valoriser et les rendre transmissibles.

Il est marqué par la volonté de mettre l'utilisateur au centre des préoccupations de l'ensemble des acteurs.

La mise en place d'un projet de vie en même temps qu'un projet de soins dans les établissements ***permet de porter les valeurs que veut développer l'institution*** ; il est l'essence même d'une véritable démarche d'accompagnement dans le respect des libertés individuelles. Il permet d'orienter les activités et de créer de véritables liens sociaux avec l'extérieur. Il doit se fonder sur la réflexion d'une équipe pluridisciplinaire. Il est souvent élaboré en parallèle voire en amont du projet architectural.

²⁶ Préambule du chapitre I du manuel de certification « Politique et qualité du management »

B- Le projet d'établissement à l'EHPAD de La Fouillouse

A l'EHPAD de la Fouillouse, deux grands thèmes ont été retenus: offrir une meilleure prise en charge, personnalisée, adaptée aux caractéristiques de la personne âgée et considérer la personne âgée comme un sujet à part entière ayant des besoins, des désirs, des projets. Des objectifs (une meilleure prise en charge médicale et soignante, une amélioration de l'environnement du lieu de vie, un meilleur accompagnement en matière d'animation...) ont été définis et des priorités d'actions ont été retenues en terme d'organisation (redéploiement de personnels, renforcement du secteur animation, recrutement de quatre aide soignantes,...), d'offres de service (création d'un salon de coiffure, programme d'activités individualisées en interne et de sorties...), ou encore d'architecture ont été fixés.

L'EHPAD s'est engagé par ailleurs, dans les cinq années à venir dans une démarche d'amélioration continue de la qualité avec une attention particulière accordée à la réalisation des obligations en matière de droits et libertés des résidents instituées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (articles L 311-3 à L 311-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Des axes de progrès en terme de projet de vie, projet de soins, projet d'animation ou encore projet hôtelier ont été priorisés et déclinés en fiches action qui précisent le rappel de l'objectif, l'échéancier de réalisation des objectifs, les modalités de leur mise en œuvre et leurs critères d'évaluation.

1-3-2 Les difficultés de mise en œuvre à l'EHPAD

A- La question architecturale et la dépendance

Une des grandes difficultés auxquelles se heurte l'établissement est constituée par une très forte augmentation de la dépendance (le G.M.P. qui mesure le degré de dépendance des personnes accueillies a évolué de 617 en 2005 à 810 en 2009). Cette tendance est constatée globalement dans l'ensemble des établissements où les personnes accueillies arrivent en institution avec des degrés de dépendance physique ou mentale de plus en plus élevés.

A l'EHPAD de La Fouillouse, cette difficulté est accentuée par le fait que l'établissement avait fait le choix pendant des années d'accueillir des personnes moins dépendantes sans doute pour tenir compte de l'architecture des locaux qui se rapproche plus d'une structure de type résidentiel.

Cette architecture inadaptée à la grande dépendance a permis de recevoir pendant longtemps des personnes classées en G.I.R. 5 et 6 voire 3 et 4 mais très peu en G.I.R. 1 et G.I.R. 2 correspondant aux degrés les plus élevés de la dépendance.

Cependant, l'établissement a dû s'adapter progressivement à la demande au sein du territoire et, de fait, en 2007, lors du renouvellement de la convention tripartite, 65 % des personnes accueillies étaient classées en G.I.R. 1 ou 2. Des moyens supplémentaires en personnels ont été octroyés alors, par les autorités de tarifications.

Dès lors, les difficultés de prise en charge des résidents au quotidien sont constatées. La contrainte due à la configuration sur cinq étages du bâtiment engendre des pertes de temps importantes dans les ascenseurs notamment lors des prises de repas dans la salle à manger. Or, le facteur temps est devenu un élément important en EHPAD. La charge de travail est importante et une grande partie de la journée est occupée à l'aide à l'habillage, aux toilettes ou aux repas. Les professionnels ont souvent l'appréhension de ne pas avoir le temps de terminer « à temps », d'autant que les effectifs en personnels sont tendus.

Par ailleurs, la salle à manger est devenue trop étroite compte tenu du nombre de personnes en fauteuil roulant qui ne cesse d'augmenter. De plus, le manque de locaux fait du salon, le lieu de croisement de diverses activités (salon TV, atelier lecture...), ce qui engendrent beaucoup de bruits et induisent de la nervosité de la part des pensionnaires. De plus, il y a encore un nombre important de chambres doubles au sein de l'établissement; la cohabitation devient de plus en plus difficile d'autant que les chambres sont étroites et ne disposent pas forcément de cabinet de toilettes. De nombreuses familles hésitent à faire entrer leurs proches en chambre double surtout si le pensionnaire qui partage la chambre a des troubles du comportement. Enfin, la très grande majorité des résidents ne peuvent plus se déplacer en ville de manière autonome et l'établissement ne dispose pas d'abords agréables et facilement accessibles. La tendance est donc de choisir la facilité et en laissant les résidents à l'intérieur de la structure.

L'inadaptation des locaux et le manque de fonctionnalité rendent difficile le travail du personnel soignant au quotidien et empêchent une optimisation des moyens humains.

De plus, le personnel n'a pas été formé (ou l'est progressivement) pour prendre en charge ce type de population et il se trouve donc en difficulté.

B- Des personnels qui ont des difficultés à remettre en question leurs pratiques et à travailler en commun

A l'EHPAD de la Fouillouse, on constate une difficulté des agents à modifier leurs pratiques. ***Le personnel est plutôt volontaire et attentif aux besoins des résidents mais a du mal à se défaire de certaines habitudes de fonctionnement***, ce qui rend le management difficile. Par exemple, une nouvelle organisation de travail a été mise en place en 2008 par la nouvelle cadre de santé. Elle avait pour objectif d'améliorer la prise en charge directe auprès des résidents en regroupant les moyens humains (équipes aide soignants et ASH) sur des tâches communes. De plus, elle devait permettre de dépasser les clivages au sein des équipes. Hélas, cette organisation n'a pas très bien fonctionné pour diverses raisons (manque peut-être de suivi par la nouvelle cadre de santé mais surtout difficulté à modifier ses habitudes de travail de la part du personnel) et certaines tâches ont été délaissées comme l'entretien des chambres ou la prise des petits déjeuners (de plus en plus tardive).

Par ailleurs, on a pu constater ***la difficulté de faire travailler les personnels de manière interdisciplinaire***: les aide soignant ont mal vécu de devoir effectuer des tâches plus « ménagères » alors que les ASH ont plutôt perçu une valorisation de leur travail. De plus, un clivage existe entre les personnels en charge de l'animation et les personnels soignants. Un projet de prise en charge plus personnalisée des résidents ayant des troubles de type Alzheimer, initié par l'animatrice en collaboration avec une partie des équipes soignantes, a obtenu quelques bons résultats mais a eu beaucoup de mal à perdurer. Il faut dire que l'animatrice a toujours eu beaucoup de mal à faire passer ses idées auprès des équipes soignantes pour des raisons diverses qui tiennent autant à sa personnalité « volontaire » qu'au fait que l'animation est bien souvent considérée comme une activité secondaire auprès des équipes soignantes. Enfin, lors d'une réunion qui avait pour objet d'évaluer la nouvelle organisation conçue en 2008, je me suis rendu compte qu'il existait en fait des clivages à tous les niveaux au sein de l'établissement: entre les infirmières, les équipes soignantes, l'hôtellerie, les services généraux et les services administratifs.

Ces clivages se traduisent parfois par un manque de solidarité entre les équipes ; par exemple, lorsque l'animatrice revient d'une activité en minibus avec plusieurs résidents en fauteuil, les autres agents n'ont pas forcément le réflexe d'aller l'aider malgré la pénibilité de la tâche. Autre exemple constaté en relève : les personnels soignants ont reproché à l'infirmière de n'avoir pas remis les bas de contention à une résidente après un soin, laissant

ce travail, aux dires des agents, aux autres personnels alors qu'il aurait été logique qu'elle le fasse dans la continuité.

Il faut dire à la décharge du personnel, que **le ratio d'encadrement** (environ 0.52 ETP par résident) **reste faible** selon moi, même s'il est situé dans la moyenne du secteur personnes âgées et même si la Directrice a obtenu des moyens supplémentaires compte tenu de la hausse sensible du GMP. Ceci est de nature à accentuer les tensions. C'est une raison supplémentaire pour que l'établissement optimise les moyens dont il dispose et qu'il rende de ce fait l'organisation du travail plus efficiente.

Les problèmes de résistance aux changements, de manque de solidarité tiennent peut-être pour partie à un déficit de management et d'expérience de la nouvelle cadre (n'ayant pas suivi l'école des cadres et ayant le statut de « faisant fonction ») qui n'a peut-être pas su fédérer ses équipes, mais aussi faut-il considérer que le manque de lisibilité du projet d'établissement actuel n'a pas été de nature à donner du sens aux actions entreprises et à définir une identité et des valeurs communes propres à engendrer une dynamique collective.

C- Un projet d'établissement et une démarche d'évaluation conduits dans l'urgence à l'EHPAD

En 2007, **la Direction a dû proposer un projet d'établissement dans l'urgence et la conduite de l'autoévaluation a également été menée à la hâte** compte tenu du contexte de l'époque.

La Directrice de l'établissement a pris ses fonctions en 2007 dans des conditions difficiles en prenant la Direction d'un établissement ayant connu des Directions successives dont des intérimaires avant la prise de poste. Les cadres de santé se sont succédés dans cet établissement sans vraiment réussir à faire évoluer les pratiques professionnelles. De plus, le dernier Cadre en poste était défaillant, ne remplissant pas ses fonctions de cadre et avait des problèmes d'ordre personnel (ce cadre supérieur de santé actuellement en maladie, émerge au tableau des effectifs, bloque un poste et limite les marges de manœuvre de la Direction). L'établissement a donc fonctionné de façon routinière durant quelques années, sans véritable projet et les (mauvaises) habitudes se sont installées au gré des intérêts individuels, au détriment du collectif, les nouveaux agents reproduisant globalement ce qui a toujours été fait sans forcément avoir d'esprit critique sur les pratiques.

Par ailleurs, les Autorités de Tarifications souhaitaient que la Directrice signe le renouvellement du conventionnement tripartite rapidement.

Dans ce contexte, fin 2007, la Directrice a rédigé les documents nécessaires à la signature de la convention tripartite (dont le projet d'établissement et l'autoévaluation) à la hâte en collaboration avec quelques professionnels mais sans véritable travail collectif.

Par conséquent, les objectifs du projet d'établissement et la manière de les atteindre sont mal connus. Il n'y a pas vraiment de valeurs partagées ni de culture commune.

Dans ces conditions, il semble difficile par exemple, de mener une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. Je l'ai observé lors d'une relève où on a appris deux semaines après les faits, avec surprise, qu'un résident avait avalé par erreur un médicament qui ne lui était pas destiné. Cet événement indésirable n'a donc pas été rapporté à la Direction. Lors de la réunion, les services soignants semblaient rejeter la faute sur l'infirmière et les clivages entre services dont on a parlé précédemment ont ressurgi. En réalité, après vérification, il s'est avéré que l'erreur provenait de l'organisation du processus de distribution plutôt que de l'acte soignant lui-même comme dans 80% des cas.

En fait, cet incident qui s'est bien terminé heureusement, a révélé que la culture de la faute était encore bien présente dans l'établissement.

Les professionnels ont tendance à assimiler l'erreur à la faute et refusent de signaler un événement indésirable.

Or, la mise en place d'une démarche de prévention repose sur une culture du signalement. Trop souvent on associe un signalement à la recherche d'un fautif alors que dans bien des cas, on est plus dans des dysfonctionnements d'ordre organisationnel. L'objectif du signalement est de constater, pas forcément de sanctionner, mais plutôt de corriger, d'évaluer un dispositif et de s'améliorer. On recherche les causes d'un dysfonctionnement et pas un coupable. Dans ce contexte, comment s'engager dans une démarche qualité quand les professionnels n'en ont pas compris le sens ?

La Directrice a conscience que **le moment est devenu opportun de retravailler de manière participative les grands axes du projet d'établissements** notamment la politique qualité ou encore le projet de vie et le projet de soins.

Le projet architectural constitue pour la Direction, une occasion de rendre lisible les projets et les acteurs et de donner du sens aux actions entreprises; il va permettre de repositionner l'établissement dans ses missions, au sein du territoire et de revoir la politique globale de l'établissement.

C'est également l'occasion de mettre en place une organisation efficiente au sein de l'EHPAD.

2 – La gestion par projets comme mode de conduite du changement au sein des organisations

Le changement constitue une stratégie managériale propre à faire évoluer un établissement ; le changement dans les organisations n'est pas chose aisée car la reproduction des pratiques et l'immobilisme sont bien souvent des comportements observés. La gestion par projet est un mode de management qui peut permettre d'impulser le changement car elle vise à rompre avec l'auto organisation construite autour de la légitimation de métiers. Par bien des aspects, le projet architectural constitue l'opportunité de pouvoir lever les résistances et faire évoluer la prise en charge des usagers en EHPAD.

2-1- Le changement dans les organisations

Toutes les organisations sont amenées à connaître des changements. Les organisations sanitaires et sociales ne font pas exception.

Les déclencheurs sont divers : mise en œuvre de nouvelles mesures de politiques publiques, dysfonctionnements internes, inadéquation avec l'environnement...

Si certains changements sont spontanés, d'autres nécessitent d'être accompagnés car ils ne vont pas « de soi ».

La conduite du changement dans les organisations n'emprunte pas une voie unique et les discours normatifs sur « la bonne conduite du changement » sont difficiles à tenir. Concevoir et parler de la conduite du changement exige un travail d'interprétation et de représentation de ce que sont les organisations.

La difficulté de changer provient quelquefois de l'environnement technique ou économique, des institutions c'est-à-dire des règles, des structures, des modes ou des idées dominantes ; mais le plus souvent, cela provient des acteurs, de la manière dont est mené le changement ou plus simplement du refus de certains acteurs de devoir « perdre du pouvoir » par rapport à une situation antérieure.

Une des manières de conduire le changement utilisée couramment est la gestion par projets qui nécessite une démarche construite et structurée par étapes, avec un fort leadership et un management de type participatif.

La gestion par projet semble particulièrement adaptée pour le projet architectural de l'E.H.P.A.D. de La Fouillouse

2-1-1 La nécessité de changer dans les organisations

A- L'organisation et le changement

Pour Mintzberg²⁷, l'organisation est constituée d' « un ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite d'une action commune ». Pour Crozier, l'organisation est « un ensemble constitué en vue d'atteindre un but clairement défini »²⁸.

Plus globalement, l'organisation peut être considérée comme une entité, une structure avec des frontières ; elle connaît une certaine pérennité avec des règles et des valeurs communes.

L'organisation « entité » doit porter la politique mise en œuvre par les Pouvoirs Publics. Cette organisation ne doit pas être neutre et doit donner du contenu à cette politique. Depuis la réforme des Hôpitaux en 1991, puis l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le projet d'établissement est rendu obligatoire dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux notamment pour la signature de la convention tripartite de ces derniers. Le projet d'établissement doit tenir compte des réformes qui incluent par exemple, la nécessaire mise en œuvre d'une démarche qualité. L'amélioration de la qualité, on l'a dit, est un effort qui implique l'ensemble des acteurs de l'institution et conduit la plupart du temps à la modification des habitudes de travail et à des changements organisationnels.

La nécessité de construire un projet impose donc la mise en place de changements au sein d'une organisation.

Cependant, le changement induit dans les organisations ne va pas « de soi » car **une organisation est un groupe plutôt stable qui préfère un existant connu à l'incertitude.** Si on prend la définition du dictionnaire Hachette, « le changement est ce que l'on espère gagner ou ce que l'on s'expose à perdre ».

²⁷ Structure et dynamique des organisations 1994, Les Editions d'Organisations, Paris

²⁸ LEFEVRE 2003, Guide de la fonction de Directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico sociales, 2è édition, Paris : Dunod, p248

Il existe différentes formes de changements qui peuvent être représentées par le tableau suivant :

Changement	Imposé	Désiré
Incrémental		
Planifié		

Ces différentes formes de changement ont une influence directe sur la conduite du changement.

En effet, le changement peut être **imposé** par une politique publique ou par l'environnement qui entoure l'établissement.

Mais il peut aussi être **désiré**, par un individu, par exemple le Directeur, qui se veut porteur d'une volonté de changement s'il constate un dysfonctionnement au sein de la structure.

Le projet peut également être imposé au départ (projet d'établissement) et devenir désiré par la suite si le contenu du projet vient de l'organisation; on assiste alors à une appropriation du changement.

De même, le changement peut être **planifié** ; dans le cas du projet d'établissement, une réflexion, une projection puis une planification peut être faite.

Le changement peut également être **incrémental**, il s'agit en fait de micro changements, de micro adaptations qui à un moment donné vont faire système. Cette stratégie dite des petits succès peut constituer un mode managérial du Directeur ; elle est d'ailleurs souvent mobilisatrice auprès des agents. Cependant, elle peut également avoir ses limites. Dans le cas de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans les établissements, on est au départ dans le cas d'un changement incrémental imposé, non pensé, non réfléchi, non anticipé ; le changement se fait petit à petit, les établissements constatant le vieillissement et la dépendance accrue de la population accueillie en institutions. L'organisation s'adapte lentement à cette nouvelle population accueillie. Cependant, l'adaptation des personnels et l'aménagement des locaux dans l'urgence ne peut durer dans le temps sous peine d'aboutir à un clash (usure des professionnels, situations de maltraitance...). Le changement incrémental imposé passe alors à un changement désiré planifié (création d'une unité dédiée

par exemple, formation des personnels...) avec une adaptation de l'organisation. C'est notamment le cas pour l'EHPAD de La Fouillouse où un épuisement général des équipes est constaté; les équipes se sont adaptées progressivement à l'architecture des locaux en inadéquation avec une population de plus en plus dépendante (GMP de 617 en 2005 contre 812 en 2009). On sent aujourd'hui que l'on est arrivé au bout de toutes les solutions de «dépannage» ou de «bricolage» selon certains, dans la prise en charge des malades atteints de maladie d'Alzheimer et que la création d'une ou plusieurs unités dédiées s'imposent.

La notion de changement désiré peut par ailleurs être discutée ; le changement est désiré par qui ? Y a-t-il une légitimité de la ou les personnes qui portent le changement ? Ce changement fait-il consensus? Y a-t-il des rapports de force au sein de l'organisation? Par ailleurs, un changement aussi désiré, consensuel et planifié soit-il, peut se heurter à un environnement incertain, à des chocs et des incertitudes difficiles à absorber.

Dans tous les cas, ***il y a besoin de changement lorsqu'il y a perte de cohérence dans les organisations.***

La conduite du changement va chercher à amener de la cohérence.

B- Changement et cohérence : « le légo de l'organisation »

Dans cette théorie, Annick VALETTE²⁹ définit l'organisation comme l'ensemble d'individus qui s'entendent pour atteindre un objectif, avec une répartition des tâches, une hiérarchie, des règles et une certaine pérennité.

Cette organisation se différencie d'autres entités comme la famille, un groupe d'amis ou une communauté, par des objectifs et des finalités à atteindre. Elle possède des personnels qualifiés, une communication formalisée, des règles et procédures.

Les ***objectifs sont le fondement même de l'organisation***, ce pourquoi elle a été créée, ce pourquoi elle agit. Certains auteurs dans le courant de l'évolution de la pensée en management stratégique, font une distinction entre mission, buts et objectifs. Ainsi, « la mission de l'entreprise correspond aux besoins des acteurs et populations qu'elle entend satisfaire » (Koenig, 1990) ; les buts sont parfois perçus comme « des intentions qui

²⁹ Enseignant chercheur à l'Université P. Mendès-France de GRENOBLE

précèdent les décisions ou les actions » (Mintzberg, 1986), ou encore « des fins ultimes qui, en tant que telles, ne sont pas susceptibles d'être atteintes » (Koenig), tandis que les objectifs seraient la traduction des buts en termes de réalisations mesurables. Dans le cas d'un EHPAD, la mission ou le but pourrait correspondre à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Un des objectifs seraient par exemple, d'offrir une meilleure prise en charge aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (traduction directe du projet d'établissement). Il peut ainsi y avoir des objectifs affichés ou de fait, des objectifs différents selon les acteurs, des objectifs finaux ou intermédiaires.

Cette organisation fonctionne dans un **environnement** multiforme, en interaction avec plusieurs dimensions: environnement institutionnel (ex : les autorités de tarification), environnement technologique (ex : l'immobilier), environnement populationnel (personnes âgées au sein d'un territoire), environnement concurrentiel (ex : secteur privé à but lucratif pour l'entrée en institution ou concurrence entre institutions dans le recrutement d'infirmières), environnement économique (ex : niveau et manière de répartir les ressources), environnement culturel (ce qu'on considère comme « bien », « allant de soi »).

Les pièces (**les légos**) considérées comme les plus remarquables de l'organisation sont :

- **La culture**
- **La distribution de l'autorité**
- **Les instruments de gestion**
- **L'organisation du travail**
- **Les agents**

La culture de l'établissement est constituée par l'ensemble des valeurs partagées, des pratiques considérées comme allant de soi (dans certaines organisations médico-sociales, une culture plus soignante peut être prégnante).

Certaines organisations ont des cultures plus fortes que d'autres.

Il peut y avoir une culture du conflit comme mode de fonctionnement dans certaines organisations tandis que d'autres organisations seront plus consensuelles.

Il peut y avoir également plusieurs cultures professionnelles au sein d'une organisation ; des clivages peuvent apparaître entre les personnels soignants et d'autres agents par exemple. Au sein de l'EHPAD, on sent un clivage entre le personnel soignant et l'animatrice. Ce clivage dû autant à l'histoire de l'établissement qu'à la différence de culture professionnelle, est renforcé par le positionnement très « soignant » de la nouvelle cadre de santé; cela doit questionner l'établissement quant aux objectifs poursuivis par une institution qui se doit d'être à la fois lieu de vie et lieu de soin. Par ailleurs, le fait que le GMP ait

fortement évolué en peu de temps fait dire qu'« on est de plus en plus lieu de soin »³⁰. Cela doit inciter la Direction à faire évoluer le projet d'établissement face à l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies. Dans certains cas, il peut y avoir interaction entre le projet d'établissement et la culture au sein de l'établissement.

Autre pièce remarquable: **la distribution de l'autorité** qui peut être **formelle ou informelle**. L'autorité formelle est celle qui possède la légitimité (la Direction). Dans certaines organisations, l'autorité est peu formalisée ou au contraire très formalisée (ex : l'Hôpital). L'autorité peut être courte (peu de niveau hiérarchique) ou longue. Dans les structures comme les EHPAD, l'autorité est souvent courte avec une Direction composée souvent d'un Directeur et d'un cadre de santé.

L'autorité informelle se rajoute dans la distribution de l'autorité. Certains individus ont de fait de l'autorité par leur charisme ou plus souvent du fait de leurs compétences. C'est le cas bien souvent dans les relations entre les médecins et les infirmières sans qu'il y ait de relations hiérarchiques.

Les instruments de gestion sont constitués par l'ensemble des dispositifs qui vont aider à la gestion de l'organisation : un projet d'établissement, une comptabilité analytique, un planning, des tableaux de bord de pilotage, des entretiens d'évaluation...

L'organisation du travail est aussi un légo remarquable; elle **est définie par la manière dont le travail est coordonné**. A l'EHPAD de la Fouillouse, pour tenir compte de l'augmentation de la dépendance et pour optimiser les moyens en personnels, l'organisation de travail a été modifiée plusieurs fois, jusqu'à la fusion en 2008 des équipes ASH et Aides-soignantes qui effectuent des tâches équivalentes au quotidien.

Si les ASH y ont trouvé un motif de satisfaction (valorisation du travail), les Aides-soignants estiment en revanche que certaines tâches ne relèvent pas de leur compétence (nettoyage et entretien des locaux ...).

L'entretien et le nettoyage des locaux on l'a dit, s'est quelque peu dégradé semble-t-il (réflexions entendues lors de la réunion avec les familles de janvier et confirmé par l'enquête de satisfaction auprès des familles). Le travail sur le projet architectural devra être accompagné d'un travail sur le projet d'établissement et notamment le volet organisation de la prise en charge nécessaire à l'étude de définition et de faisabilité.

Enfin, le dernier légo de l'organisation est constitué par **les agents** qui représentent les individus participant au fonctionnement de l'organisation, au service de l'objectif.

³⁰ Réflexion tenue par un personnel soignant lors d'une réunion générale le jeudi 8 janvier 2009

Dans quelles mesures sont-ils aptes à être contributeurs à l'objectif collectif ?
Comment un agent peut-il adhérer au projet et quelles sont ses formes d'implication ?
Les agents sont bien souvent un des légos « clé » du changement.

Lorsqu'il y a perte de cohérence d'un des légos de l'organisation ou entre les légos de l'organisation, le changement s'impose.

2-1-2 La difficulté de changer dans les organisations : « le pouvoir comme fondement de l'action organisée »

Selon Crozier et Friedberg³¹, le système d'organisation est équilibré par les stratégies de ses acteurs. Or, toutes les organisations sont confrontées à l'impérieuse nécessité d'évoluer car le changement s'impose à elles ; le changement en organisation s'analyse comme le résultat de l'adaptation des structures à leur environnement.

La principale difficulté de changer dans les organisations proviendrait des acteurs de l'organisation, qui ne sont pas purement passifs et ont la capacité d'influencer.

L'organisation est un lieu de pouvoir. Le pouvoir n'est pas un attribut mais une relation. Ce qui constitue l'essentiel, c'est le caractère relationnel du pouvoir. En effet, agir sur autrui, c'est entrer en relation avec lui, et c'est dans cette relation que se développe la capacité qu'a un individu A à influencer le comportement d'un individu B³². Le pouvoir se manifeste en situation de dépendance³³ réciproque, de coopération nécessaire. C'est un rapport de force dont l'un peut retirer davantage que l'autre mais l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. Dans la mesure où toute relation entre deux parties suppose échange et adaptation de l'une à l'autre et réciproquement, le pouvoir est inséparablement lié à la négociation.

Ainsi, un individu refuse le changement car il perd du pouvoir. Il développe des stratégies propres à lui fournir des solutions acceptables pour résoudre ses problèmes dans le contexte dans lequel il se trouve. Il garde une autonomie par rapport à l'organisation et développe une stratégie visant essentiellement à défendre ou à améliorer sa position dans le système.

³¹ Crozier, Friedberg, 1977, L'acteur et le système, Paris, Dunod

³² R.A. Dahl, politiste américain « The concept of the Power », Behavioral Sciences, n°2, 1957, p 210

³³ Cette notion de « dépendance » a été soulignée par R.E Emerson « Power-Dependance Relations », American Sociological Review, vol 27, 1962, p 31-41

En conséquence, le fonctionnement d'une organisation, en particulier s'il est perçu comme contraignant, va être détourné et évoluer en fonction de stratégies individuelles par rapport à la règle. Dans chaque situation de travail, ***l'acteur va chercher à optimiser ses gains ou à limiter ses pertes***. Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande. ***Sa réussite dépendra de son pouvoir, c'est-à-dire de sa capacité à mobiliser des ressources pertinentes*** (situation sociale, prestige, connaissances, compétences, relations, charisme...), d'augmenter ses marges de manœuvre en vue de ***maîtriser les espaces de liberté, les zones d'incertitudes***. On peut distinguer trois grandes sources de pouvoir correspondant aux différents types de sources d'incertitude: celles qui découlent de la maîtrise d'une compétence particulière³⁴, celles liées aux relations de l'organisation avec son environnement³⁵, et celles liées à la maîtrise de l'information interne ou externe et de la communication³⁶.

L'organisation est là pour lever les zones d'incertitudes en fixant des règles.

Cependant, l'organisation ne prescrit pas tout, et la règle peut elle-même créer une quatrième zone d'incertitude³⁷. La règle ne régit donc pas tout et toute organisation dépend, on l'a dit, des ressources, des compétences et des relations qui sont distribuées au sein des acteurs. Les acteurs n'accepteront de mobiliser leurs ressources et d'affronter les risques inhérents à toute relation de pouvoir qu'à la condition de trouver dans l'organisation mise en place, des enjeux suffisamment importants pour justifier une mobilisation de leur part.

C'est à ce niveau encore qu'intervient l'organisation, par la façon, par exemple, dont elle organise la promotion interne. Par ailleurs, toutes les zones d'incertitudes ne constituent pas forcément des enjeux pour tous les membres de l'organisation.

Pour changer, le directeur doit donc s'intéresser aux effets organisationnels et agir sur les enjeux de pouvoir. Mais modifier le système, c'est rompre l'équilibre instauré par les repères et les règles du jeu. L'adaptation au changement n'est pas un processus spontané. Elle se fera en fonction des intérêts des acteurs; elle exigera un effort plus ou

³⁴ L' «expertise» selon la théorie sociologique

³⁵ Les segments de la société avec lesquels l'établissement est en relation constituent une source de perturbation potentielle; les individus qui ont un capital de relation dans un ou des segments maîtrisent en partie cette zone d'incertitude (ex : le responsable syndical dont le comportement peut être déterminant dans le déclenchement d'une grève)

³⁶ Un agent par sa position (standard, comptabilité...) peut faire de la rétention d'information préjudiciable au service

³⁷ Paradoxalement, la règle peut elle-même créer des zones d'incertitudes (cercle vicieux bureaucratique): si elle restreint la marge de liberté des subordonnés, elle en fait autant pour la marge d'arbitraire du supérieur qui ne peut exercer son pouvoir de sanction que dans des circonstances bien précises. Du coup, la règle si elle est trop précise, devient un moyen de protection pour les subordonnés qui se réfugieront derrière ce qui est prescrit; cela affaiblit le supérieur car normalement, pour la bonne marche du service, les agents font souvent plus que ce qui est prescrit.

moins douloureux de la part des individus. La durée du processus d'intégration, cette résistance au changement, dépendra de l'attachement de chaque acteur à ce qui veut être changé et à sa capacité à visualiser les résultats du changement.

En étudiant une organisation du point de vue des relations de pouvoir et des jeux d'acteurs, cela permet de cerner l'étendue et la portée réelle de l'autorité officielle conférée par l'organigramme et d'apprécier la marge de manœuvre dont disposent les acteurs dans les organisations ; elle permet de comprendre les « anomalies », les « écarts » que l'on ne manque jamais d'observer entre la façade officielle d'une organisation et les processus réels qui caractérisent son fonctionnement.

Pas plus qu'on ne change la société par décret, on ne la change sans les acteurs qui la composent. Si le discours dominant valorise le changement par les contraintes et la domination, au contraire, ***à l'intérieur d'une organisation les acteurs ne sont jamais passifs***, ne sont pas des objets de domination. Ils demeurent actifs et, sans leur implication et s'ils ne s'approprient pas les outils proposés, les changements ne peuvent tout simplement pas avoir lieu. Cette idée du salarié et du groupe comme acteur, c'est le fil rouge qui court dans tous les livres de Philippe Bernoux³⁸ : « l'organisation dépend de la bonne volonté des salariés, des savoirs qu'ils ont accumulés »³⁹. Cela implique qu'il n'y a pas de déterminisme dans le changement, ***c'est par la coopération bien plus que la contrainte que le changement a lieu.***

2-2 Une stratégie de conduite du changement : la gestion par projets

Le changement dans les organisations est considéré aujourd'hui comme quelque chose qui se perpétue ; le projet est une dynamique du changement, cela devient un mode normal de fonctionnement.

Un projet peut être considéré comme une mission avec un objectif, une finalité, des valeurs, une raison d'être.

³⁸ Sociologue, directeur de recherche au CNRS

³⁹ *Sociologie du changement dans les entreprises*, Ph. Bernoux, éd. du Seuil, 2004

Un projet nécessite une stratégie qui prenne en compte l'évolution de l'établissement dans le temps, au sein de son environnement avec une définition des objectifs et des priorités à venir. C'est un outil de coordination de l'action dans le temps.

La démarche projet peut être également analysée comme la manière de s'organiser pour mettre en œuvre un changement finalisé dans un temps donné, en privilégiant les connaissances, les compétences et les attentes distribuées entre les acteurs multiples. On retrouve donc deux dimensions dans la démarche projet: une ***dimension stratégique et une dimension opérationnelle***.

L'intérêt de la démarche par projet est d'associer les agents dans une démarche participative qui permette une concertation susceptible de désamorcer les résistances au changement.

2-2-1- La définition d'un projet

Un projet est par définition une situation indéterminée, se référant à un futur à construire, « quelque chose que l'on se propose de faire »⁴⁰, une déclaration d'intention dont la construction reste à organiser, planifier, et piloter jusqu'à une réalisation tangible qui en marquera la fin.

Un projet doit s'envisager selon deux angles différents et complémentaires:

- ***Une cible à atteindre*** définie par un *livrable* (une réalisation), un *objectif* qui s'énonce en terme de niveau de coûts, de délais à respecter, de niveau de qualité attendu par l'utilisateur, et *des indicateurs de résultats* qui permettent de déterminer l'atteinte ou non des objectifs, in fine le succès ou l'échec du projet
- ***Un parcours à réaliser***, au cours duquel va se construire progressivement l'objet visé.

Un projet présente la particularité d'être une situation « Janus », aux deux faces indissociables : une cible, un parcours. Ces deux aspects se codéfinissent tout au long du projet : la cible donne une orientation au parcours, alors que le parcours fait évoluer et précise la cible à atteindre.

⁴⁰ Le Petit Robert

Dans la démarche projet, on se situe sur un changement qui n'a pas vocation à se reproduire (idée d'unicité), avec un projet dont la forme finale n'est pas encore précise, au sein d'un environnement incertain, et dans un temps borné décomposé en temps intermédiaires. Dans le cas du projet de construction, au démarrage, on souhaite un établissement qui soit adapté aux besoins des résidents mais on est encore incapable de définir la forme du futur bâtiment et l'organisation de travail qui sera mise en place au sein de la structure.

Un projet se déroule toujours dans un champ de contraintes et de ressources, déterminé par l'environnement dans lequel il se déploie. Il convient d'identifier le plus tôt possible les contraintes qui vont peser sur le projet (opérationnelles, économiques, politiques...), les ressources qu'il va mobiliser (humaines, techniques, financières, logistiques...) et les marges de manœuvre dont on va disposer. Le pilotage d'un projet peut se faire par les coûts, par les délais, par la qualité; dans le cas du projet de reconstruction, ce dernier doit présenter un niveau de qualité très élevé, dans le cadre d'un budget et d'un délai strict et non négociables. Se pose alors la question des moyens à mobiliser pour réussir dans un tel champ de contraintes où l'on ne peut trouver de marges de manœuvre sur un critère sans en détériorer un autre.

L'incertitude est, par définition, au cœur des projets. De nombreux aléas de toute nature peuvent émerger à tout moment. Il faut donc se méfier de la tentation naturelle de tout vouloir maîtriser, préciser, planifier, ce qui revient à fermer le projet. La plus grosse incertitude du projet de l'E.H.P.A.D de La Fouillouse dans sa phase initiale, a été la non maîtrise du foncier; le choix du terrain initialement pressenti a été remis en question par des problèmes liés au P.L.U.(Plan Local d'Urbanisme). Or, le choix du terrain est fondamental pour la définition du programme par la suite. De plus, on ignore le devenir des bâtiments existants donc il est difficile d'ébaucher un plan de financement.

Le rapport au temps est essentiel dans les projets. Le management de projet doit ***découper la durée du projet en grandes étapes*** pour réduire l'incertitude ***et évaluer régulièrement, à chaque étape, le « réalisé » et le « reste à faire ».***

Le temps est jalonné d'incertitudes mais chaque étape doit viser une finalité particulière et être acté afin de pouvoir avancer sur le projet en donnant un caractère irréversible à chaque acte et en laissant une large place à la communication.

La conduite de projet s'inscrit dans un processus organisé et construit. ***L'importance du leadership*** est essentielle. L'impulsion doit être donnée par le Directeur; ce dernier doit ensuite être le garant de la conduite, de la gestion et de l'évaluation du projet.

Par ailleurs, **la réussite du projet est conditionnée par le fait que le directeur ait fixé au préalable des objectifs et les résultats à atteindre de façon claire et précise.**

Le Directeur joue un rôle essentiel dans la définition du sens à donner aux actions, il a une mission primordiale à jouer dans l'explicitation et la méthodologie. Comme Michel Fustier⁴¹ a pu l'exprimer, « de la façon dont nous posons les problèmes, découle, pour une large part, leur mode de résolution, l'identification et l'interprétation des problèmes constituent un moment décisif qui engage l'élaboration même du projet »⁴².

Il appartient au directeur d'anticiper, de préparer, d'organiser et de pérenniser le changement.

Après une analyse de l'existant, **le directeur élabore donc un plan d'action constitué de plusieurs étapes** qui doivent permettre aux acteurs de percevoir la nécessité du changement en s'appuyant sur des moyens existants et des données fiables et sur un projet ayant la capacité de mobiliser et de fédérer l'ensemble des acteurs. Il définit des priorités dans le sens d'une hiérarchisation des actions à entreprendre.

Enfin, **un projet est une construction nécessairement collective** dont le succès dépend de la combinaison d'apports et de compétences différentes et complémentaires. L'enjeu du chef de projet est de savoir identifier les compétences nécessaires au projet, mais également de construire une organisation permettant de les mobiliser et de les combiner le plus efficacement possible. Constituer une équipe projet représente la façon la plus habituelle de faire coopérer des contributeurs d'expertises différentes. **L'équipe projet constitue un cadre propice à la transversalité et à la multidisciplinarité** à condition que ses membres apprennent à bien travailler ensemble. La constitution d'un groupe pluriprofessionnel est un support majeur dans le changement des mentalités. Dans le cas de l'EHPAD, la difficulté résidera à faire travailler ensemble des professionnels de culture et de savoir-faire différents et à développer une culture commune par rapport à ce projet.

2-2-2- La structuration de la dynamique du projet dans le temps

Pour réduire l'incertitude et mesurer en continu l'état d'avancement d'un projet par rapport aux prévisions, des méthodologies et outils sont généralement développés de façon

⁴¹ Philosophe et écrivain, consultant industriel spécialisé dans les problèmes d'économie et de stratégie

⁴² Michel Fustier, 1989, *la résolution des problèmes*, Les Editions ESF, p.51

spécifique. Ils servent à structurer l'avancée de la réalisation dans le temps (phasage) et à en suivre les principaux paramètres (coût, délai, qualité).

Structurer un projet consiste à le **découper en grandes étapes**, dont la fin est marquée par un jalon. **Le passage d'une phase à l'autre est conditionné par une décision du commanditaire** (le maître d'ouvrage ou le Comité de Pilotage composé en général de membres de l'encadrement et de personnes qualifiées, qui accompagne le chef de projet par ses décisions d'arbitrage...) pour la décision de lancement au début, puis la décision de poursuite, de réajustement ou de d'arrêt du projet. Une **large communication** est nécessaire auprès des équipes entre chaque phase. Plus le projet se rapproche de son objectif, plus la décision d'arrêt est évidemment coûteuse et difficile à prendre, en regard des investissements déjà effectués.

Le découpage générique d'un projet de construction peut être décomposé en différentes étapes :

- **L'Avant-projet** : étude d'opportunité et plan de projet
- **Le lancement** : étude de faisabilité, analyse préliminaire détaillée
- **La conception** : scénarios de positionnement, étude de définition détaillée, développement
- **La réalisation**
- **Le bouclage**

On pourrait rajouter l'évaluation du projet, à la fin, pour vérifier si la réalisation est conforme aux objectifs de départ.

Quel que soit le découpage, **chaque étape doit être caractérisée par des finalités et des enjeux propres**, qui conditionnent **des priorités d'actions, des livrables, des modes d'organisations** ainsi que **des méthodologies et outils privilégiés**⁴³. Pour la phase conception, par exemple, les enjeux seront de générer des scénarios (un bâtiment de plain pied construit en étoile par exemple ou un bâtiment sur un voire deux étages, la localisation des salles...); les priorités d'action seront d'explorer des pistes de développement et les livrables seront les scénarios détaillés argumentés.

Appréhender le projet sous l'angle de grandes étapes successives est important pour jalonner le parcours en tronçons, mais ce découpage technique reflète mal l'importance stratégique que présentent les phases amont du projet (lancement, études, développement). En effet, un projet présente le risque de s'enfermer trop rapidement dans un cahier des

⁴³ *Manager un projet pour la première fois : de l'idée à la réalisation* A. Asquin -Thierry Picq - Editions d'organisation

charges issu de la phase d'avant-projet. Le démarrage d'un projet consiste d'abord à ouvrir au maximum le nombre d'options possibles, pour la cible visée comme pour le parcours à réaliser.

Le premier enjeu du chef de projet est de faire exprimer tous les acteurs clés du projet sur la façon dont ils envisagent à la fois son résultat et le processus pour l'obtenir. En effet, le projet n'est au départ que le produit d'une intention et les visions sur le projet ainsi que les enjeux en présence diffèrent d'un acteur à l'autre.

Les avantages ***d'ouvrir au maximum le projet en phase amont*** sont :

- Informer et de donner de la visibilité sur le processus et le contenu
- Enrichir les représentations et recueillir toutes les bonnes idées
- Susciter l'intérêt et l'engagement
- Faire exprimer les positions des acteurs (synergiques ou antagonistes)
- Identifier le cadre dans lequel peut se jouer le projet (zones d'autonomie, marges de manœuvre, limites, contraintes ...)

Au-delà du découpage linéaire d'un projet en étapes séquentielles, il est important de s'intéresser à la dynamique de ces phases dans le temps.

Le processus d'exploration consiste à identifier et travailler plusieurs scénarios en parallèle lors des phases amont. La phase d'exploration doit permettre d'ouvrir le champ des possibles ***en générant le maximum de scénarios***. Aucun choix trop hâtif ne doit être effectué. Plus l'exploration aura été complète, plus les conditions seront optimales pour une prise de décision efficace concernant le choix d'un scénario.

En ce qui concerne les méthodes et outils de gestion, il faut considérer avant tout que ce sont des constructions sociales dont la finalité principale est le partage des représentations, le langage commun, la négociation et la représentation des différents acteurs contributeurs du projet. Il convient donc de choisir les méthodes et les outils faciles d'utilisation (pour les non experts) et les plus adaptés aux caractéristiques du projet. Par exemple, pour un projet de construction on peut utiliser la méthode du futur passé dont le principe de base consiste à se projeter dans l'avenir pour imaginer ce que serait le projet s'il était idéalement réussi puis raconter le déroulement pour en arriver là, les facteurs de succès, avec identification des éléments clés. Les outils de gestion sont nombreux (ordonnancement des tâches, planification des ressources, gestion économique, analyse des risques, tableaux de bord...).

2-2-3- Un management participatif: un élément primordial du projet

A- La participation et l'implication des agents comme éléments fondamentaux du projet

Le management participatif peut être défini comme « un processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation »⁴⁴.

Un projet sera d'autant mieux accepté s'il est l'expression d'un désir, d'une volonté commune.

La participation des agents au changement est donc un facteur majeur de motivation et d'efficacité.

Le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables car il modifie les règles du jeu et la distribution du pouvoir comme on l'a vu précédemment. L'acteur intelligent n'acceptera de changer que s'il trouve sa place dans le nouveau système. Cette place, il ne la trouvera que par la compréhension de la situation, par une appropriation des solutions à l'élaboration desquelles il peut participer, et par sa motivation à changer.

Le management par projets est fondé sur un dynamisme, une recherche collective de solutions, une mobilisation de toutes les énergies pour parvenir à atteindre des objectifs fixés. Ces caractères doivent donc s'accompagner de la valorisation de l'initiative, mais également du sens des responsabilités pour les participants. Le projet peut être considéré comme un espace de concertation où l'intérêt collectif doit primer sur les intérêts individuels mais où tous les points de vue peuvent être entendus même si au final des décisions devront être actées.

La réussite d'un projet au sein de toute organisation humaine n'est donc pas liée à sa seule pertinence, mais également à la motivation des hommes qui vont s'y impliquer.

Une bonne gestion de projet est conditionnée par un soutien fort à la motivation des personnes impliquées dans le projet.

⁴⁴ P. HARMEL, cité in H. LETEURTRE, *Traité de gestion hospitalière*, p. 248

Les démarches de projets sont largement inspirées de la philosophie du management participatif. Il s'agit principalement de mettre en œuvre des processus de délégation et de consultation comme des éléments de la décision, impliquant **la responsabilité et l'autonomie des acteurs à tous les niveaux de l'organisation**. Cette approche permet de concilier à la fois délégation et démocratisation de l'action organisée.

Le management participatif permet également d'améliorer la communication au sein de l'établissement, ainsi que les relations de travail entre les professionnels. Parce qu'il nécessite la compétence de tous les services, **le management participatif permet également le décloisonnement entre les différents services**; le travail en groupes pluri professionnels constitue par ailleurs un exercice susceptible de rompre les clivages entre professionnels.

Par ailleurs, la participation au projet permet aux agents d'être pleinement acteurs de la vie de l'établissement. Le projet permet une vraie reconnaissance des professionnels dits « de terrain » qui ont quelques fois une vision plus éclairée de la réalité que les personnes décisionnaires. Sur certains points, dans bien des cas, cela peut éviter des erreurs de conceptions de la part des architectes dans le domaine architectural. Ce sont d'ailleurs ces professionnels de terrain qui devront ensuite travailler au quotidien dans les nouveaux locaux; si ces derniers sont inadaptés, les agents seront gênés dans leur travail et la crédibilité des dirigeants risque d'être largement entamée.

Enfin, le projet permet à certains agents d'échapper à la gestion d'un quotidien parfois prégnant et propice à l'usure professionnelle. C'est particulièrement vrai en EHPAD, où les agents sont confrontés à des situations difficiles (insultes, coups, réclamations des familles), avec des tâches souvent répétitives (manutention des pensionnaires...) et pénibles.

B- Le management de l'équipe projet

L'équipe projet représente le centre opérationnel de la construction du projet. Elle rassemble des individus porteurs de différentes compétences, et aux motivations diverses. **L'enjeu du chef de projet est de susciter des complémentarités** et de faire en sorte que les membres de l'équipe travaillent vite et bien ensemble, tout au long du projet. **L'aspect managérial** (leadership, animation, légitimité, disponibilité...) **constitue un des éléments fondamentaux du management par projet**.

Le leadership

Le leader est celui qui exerce une influence sur le groupe. **La notion de leadership est liée à la notion d'autorité naturelle.** Cette autorité est conférée par le groupe à une personne pour une forme de pouvoir qu'on lui reconnaît : le leader expert, le leader organisateur (personne de méthodes et procédures qui indiquera la marche à suivre), le leader relationnel ou communicant (ayant la facilité d'aller vers les autres et précieux pour la cohésion de départ), le leader régulateur, modérateur (nécessaire dans les phases de tension).

Dans tout équipage, il doit y avoir un commandant de bord ; **le manager doit exercer son rôle par une expertise technique qui suppose du professionnalisme et une attitude responsable.** Le manager devra éviter les dérives comme l'autoritarisme qui pourrait ôter tout esprit critique aux membres du groupe⁴⁵, ou l'influence manipulatrice (séduction, familiarité...) qui empêcherait subtilement au groupe d'avoir son libre arbitre. Un bon dosage entre la capacité à transmettre le savoir-faire et donner une certaine latitude d'expression et de contestation est la garantie d'obtenir la cohésion du groupe.

Par ailleurs, **le leadership peut être exercé par les participants eux-mêmes**; il est utile, voire indispensable d'avoir des leaders dans un groupe. Ce sont des locomotives qui entraînent le reste du groupe. Le manager devra veiller à réguler ces leaders afin que leur présence ne devienne pas étouffante. Par ailleurs, les leaders peuvent être tournants, ce ne sont pas forcément les mêmes au départ et à la fin du projet.

La constitution de l'équipe

La constitution d'une équipe est une étape cruciale dans la vie d'une équipe projet. Elle en marque les caractéristiques et modes de fonctionnement de façon indélébile, même si les membres sont amenés à changer en cours de route.

Constituer une équipe projet s'apparente à un recrutement et, comme dans toute situation de ce type, une analyse des besoins de compétences devrait être menée de façon rigoureuse: identifier les savoir-faire et expertises techniques, mais aussi les expériences professionnelles et qualités personnelles.

Une fois menée une réflexion rigoureuse sur les besoins, **constituer une « dream team » qui réunit les meilleurs experts dans chaque domaine est tentant mais ne s'avère pas souvent performant.** Dans l'entreprise comme dans le sport, de brillantes individualités peuvent même s'annihiler si elles ne parviennent pas à coopérer.

⁴⁵ S. Milgram, *Soumission à l'autorité*, Ed. Calmann-Lévy, Paris, 1990 parle d'état « agentique » le fait d'abdiquer tout esprit critique et de perdre son autonomie

Le chef de projet doit raisonner autant sur les attributs individuels (compétence, expérience, légitimité, charisme...) **que sur la dimension collective** (capacité de travailler ensemble, potentiel de complémentarité, effets de synergie, adhésion au projet, esprit d'équipe...).

L'idéal de la « dream team » est bien souvent confronté au principe de réalité des disponibilités, des contraintes. Le chef de projet va devoir convaincre des ressources pas toujours demandeuses; il sera amené à faire des compromis. Mieux vaut parfois recruter un profil moins expert, avec peut-être une personnalité plus difficile à gérer, réfractaire pourquoi pas à toute forme d'avancée habituellement au sein de l'établissement, mais qui maîtrise les réseaux essentiels ou qui a une grande disponibilité. Stratégiquement, faire participer une telle personne influente, c'est peut-être la faire adhérer et empêcher qu'elle nuise au projet en coulisse. Par ailleurs, les acteurs ne se comportent pas de la même façon selon qu'ils sont choisis, désignés ou volontaires. Enfin, des talents peuvent se révéler en cours de route.

Il demeure essentiel de garder à l'esprit qu'une équipe peut fluctuer, le collectif peut être à géométrie variable et les contributeurs peuvent changer, venir de façon permanente ou non, mais l'esprit du projet doit rester présent autour d'un « core-team » (noyau dur).

Cette équipe projet ne doit pas fonctionner en vase clos, et une large information doit circuler auprès des personnels de base, de terrain, considérés comme le troisième cercle; cela doit permettre une meilleure appropriation du projet par l'ensemble du personnel et éviter une dérive possible: la déconnexion entre le groupe projet et le reste de l'organisation. On constate ces situations en EHPAD car le personnel est restreint et rares sont les moments d'échanges en dehors des relèves dont les ordres du jour concernent plutôt des problématiques qui touchent aux résidents.

La dynamique d'animation de l'équipe

Tout d'abord, **il est important de faire émerger la diversité des représentations du projet au sein de l'équipe**. Il faut réussir le délicat passage d'une liste de noms à une équipe.

L'esprit d'équipe si souvent recherché n'est pas un attribut que l'on peut décréter, mais une construction progressive, au fil des interactions interpersonnelles. Certains chercheurs attribuent aux groupes une qualité intrinsèque de recherche de liens entre ses membres.

Ainsi, Max Pagès⁴⁶ note que « dans tout groupe, dès les premiers instants de son existence, s'établit un lien positif entre ses membres ».

Selon lui, c'est l'angoisse qui, paradoxalement, est à l'origine de ces liens. C'est parce que chacun souhaite apaiser son angoisse qu'il entre en interaction avec les autres et développe la solidarité. Si des tensions existent, c'est que cet élan est freiné par des blocages (internes, liés au contenu, à l'organisation...).

Mais le conflit peut être une bonne chose si les acteurs arrivent à le dépasser et le rendre productif. De toute façon, selon Kurt Lewin, le père de la dynamique des groupes, tout individu du groupe modifie progressivement ses comportements, attitudes et réflexions, en fonction des représentations qu'il se donne, des attitudes et des comportements des autres ; c'est ce qui est appelé le conformisme qui comprend deux types de besoins : l'approbation (pour croire en soi, l'homme a besoin de l'autre⁴⁷) et la recherche de sécurité (le besoin d'avoir des repères⁴⁸).

Les affinités et les amitiés ne sont pas nécessairement des ingrédients indispensables au départ d'un projet ; l'essentiel est la dynamique qu'il faut créer, la confiance et le respect mutuel suffisant pour développer un esprit d'équipe constructif. Il est important de consacrer la ou les premières réunions à réexpliquer le périmètre, les enjeux, les objectifs du projet, recueillir les représentations de chacun, et laisser les griefs, rancœurs ou réticences s'exprimer.

Pour construire cet esprit d'équipe autour du projet, et notamment dès la phase de constitution de l'équipe, **il est important de lancer des actions concrètes. L'action favorise la cohésion.** Dans une situation de forte incertitude, les gens sont nécessairement attentifs, inquiets. L'immobilisme est un ennemi redoutable, qui laisse la part belle aux doutes, questionnements, tergiversations de toutes sortes. En cela, **la pression des échéances est une arme précieuse pour rassurer les acteurs en les engageant dans l'action concrète.** Mobiliser une équipe passe donc par la capacité à mettre tout le monde au travail, sur des missions précises et bien situées dans le temps.

Le facteur-clé de réussite est la gestion de cette dynamique et des événements. Il faut donc créer des événements modestes mais répétés qui vont «entretenir la flamme».

⁴⁶ Professeur de psychologie à l'Université Paris VII, psychothérapeute et chercheur

⁴⁷ George H. Mead, le fondateur de la psychologie sociale américaine, pense que l'identité s'inscrit dans une relation interactive à autrui ; Eric Erickson, *Adolescence et crise*, Flammarion, Paris, 1972 soutient l'idée que l'on se forge son identité par un processus conflictuel

⁴⁸ Selon les travaux de H. Kelman, psychosociologue américain, il existe 3 formes de conformisme : la complaisance (le besoin d'être approuvé par les autres ou de ne pas être en désaccord avec eux), l'identification (la personne aspire à être admise et comprise par le groupe qui exerce sur elle une forte attraction) et l'intériorisation (la personne intériorise les normes et valeurs du groupe en raison du crédit qu'elle accorde à l'animateur et de la valeur ajoutée qu'elle y trouve)

Enfin, la dynamique collective de l'équipe projet naissante a également besoin de s'appuyer sur des succès, notamment au démarrage. **Il est fondamental que les premières actions menées soient réussies et produisent des résultats visibles et reconnus.** La confiance, l'appropriation, la fierté et donc la mobilisation de l'équipe se construisent au fur et à mesure de ces petits succès. De plus, cette dynamique produit un « effet boule-de-neige » qui suscitera l'intérêt en dehors, puis l'envie de rejoindre ou soutenir le projet.

La pérennité des énergies et des implications dans le temps

Si le projet est une situation propice à la suractivité et à l'implication totale, il interroge aussi la capacité de l'individu à gérer les interruptions. A des périodes de « trop-plein » succèdent des passages où domine l'impression de « vide ». Comme les sportifs, il s'agit de gérer des efforts de longue haleine, et d'apprendre à absorber la succession de rythmes différents. Aussi est-il nécessaire de savoir alterner des phases d'efforts intenses et de dépassement de soi, avec des périodes de relâchement, de récupération physique et mentale, pour régénérer les énergies.

Collectivement se pose la question du redémarrage de l'équipe projet à la fin de chaque phase. **Piloter un projet nécessite de savoir découper, séquencer et rythmer un processus de longue haleine, de gérer l'intensité des efforts individuels et collectifs dans le temps, et de veiller au bon synchronisme des efforts.** Une implication lourde et soutenue entraîne de la fatigue physique et mentale. Il est donc aussi important de savoir relâcher la pression, une fois atteints les jalons importants.

La capacité du chef de projet à gérer le rythme et le timing est donc essentielle. Il faut savoir jouer de la pression mobilisatrice des échéances, séquencées de façon régulière et progressive, et toujours reliées à l'objectif final, qui marquera la fin du projet. Les deux perspectives (court terme et long terme) doivent toujours être envisagées simultanément. Atteindre brillamment un jalon n'a d'intérêt que par rapport à une contribution au succès final du projet. A l'inverse, il faut savoir dédramatiser une étape ratée, si des enseignements suffisants en ont été retirés pour rendre les étapes suivantes plus performantes. Il ne faut pas regarder que les jalons à court terme (syndrome du « nez dans le guidon »), ni avoir les yeux fixés que sur l'objectif final (syndrome de la « tête dans les nuages »), mais bien les deux à la fois.

L'adaptation et la flexibilité du management aux acteurs et aux situations

Le chef de projet joue un rôle central dans la conduite et la dynamique d'une équipe. Simultanément confronté aux exigences des résidents, à la pression de la hiérarchie, aux doutes des membres de son équipe, il est au cœur de multiples contradictions et c'est vers lui que convergent les tensions issues de la diversité des acteurs concernés. ***Le chef de projet est donc un gestionnaire d'interface entre les différents acteurs, entre les problèmes techniques et les enjeux politiques.***

Il doit donc adapter sa posture aux partenaires. Dans le groupe, des personnes introverties côtoient des extravertis ; mal régulé, le comportement extraverti se transformera en bavardages et superficialités tandis que l'introverti, observateur, peut être bloqué et totalement inhibé. Le manager devra donc adapter sa façon d'animer les réunions au différentes des personnalités qui composent le groupe : par exemple, avec une personnalité autoritaire, il devra éviter de rentrer dans la compétition, l'amener à se détendre, solliciter les autres participants et bien garder les rênes de l'animation ; avec une personnalité timide, l'encourager dans son expression, renforcer sa prise d'initiative, accepter la contradiction, le valoriser, lui demander son avis ; avec un passif agressif intolérant au commandement, lui demander son avis, l'amener à suggérer...

Par ailleurs, il doit changer son mode de management selon les étapes du projet mais aussi à l'intérieur d'une phase. Par exemple, lors de la phase de lancement, il peut passer par quatre modes de management en un temps record :

- Mode persuasif : il présente le projet en montrant les enjeux, les objectifs, les marges de manœuvre pour faire adhérer les collaborateurs
- Mode participatif : il suscite des réactions et écoute les points d'accord, de réticence et de désaccord
- Mode directif : il reprend la main en indiquant de façon non discutable la prochaine étape de travail
- Mode déléguatif : enfin, il distribue les tâches.

Dans le pilotage d'un projet, il est nécessaire de provoquer des ruptures parfois brutales, y compris dans son mode de management, pour maintenir le cap de l'objectif final.

Le tableau suivant montre une possible évolution des modes de management au sein de chaque étape d'un projet :

Etapas du projet	préprojet	lancement	développement	réalisation	Après-projet
Mode de management	Entrepreneur vendeur	Persuasif mobilisateur	Participatif négociateur	Déléгатif Gestionnaire contrôleur	Accompagnateur transmetteur

En réalité, les modes directif et participatif ne sont pas forcément antinomiques mais basés sur des logiques différentes. Le management doit rester pragmatique et réaliste en s'adaptant au contexte et à la maturité du groupe ; ainsi, le mode directif peut être utilisé quand les individus ne sont pas motivés ou n'ont pas de compétences particulières tandis que le mode participatif convient lorsque les personnels sont compétents, motivés, mais sont susceptibles de développer des points de vue divergents. Enfin, le mode déléгатif peut être requis dans des situations où le groupe est compétent, motivé, en accord total avec la Direction sur les objectifs à atteindre et ayant déjà une certaine maturité.

Le chef de projet doit pouvoir prendre du recul pour s'ouvrir des marges de manœuvre.

Il s'agit de la capacité d'un chef de projet de comprendre les enjeux dans toutes ses dimensions, techniques, méthodologiques, managériales, stratégiques, politiques. Il est celui qui comprend les sensibilités et les jeux d'acteurs. Il sait traduire les contraintes des uns et des autres, il crée des espaces pour que puissent émerger les compétences, il module la pression, parfois en l'accentuant artificiellement, parfois en absorbant ces contraintes pour préserver son équipe. Il accompagne chacun et mobilise l'ensemble. Il fait vivre l'équipe.

Cette capacité à prendre du recul, à relativiser, à «lever le tête du guidon» contribue à se redonner des marges de manœuvre sur les contraintes.

Le rôle du chef de projet est donc bien de remettre en cause le cadre dans lequel se joue le projet, tout au long de son déroulement, et de savoir questionner les contraintes, se donner des nouvelles marges de manœuvre et redessiner le terrain de jeu pour lui redonner des espaces. C'est en cela que ***le pilotage d'un projet n'est pas qu'une question technique, mais bien stratégique.***

2-3- Le projet architectural : une opportunité de conduire le changement à l'EHPAD

Le changement ne se produit pas forcément quand il est nécessaire dit-on, mais quand il est possible. Or, le moment choisi est propice car il correspond à la rencontre entre une situation qui se dégrade de façon incontestable, et donc connue de tous, et le sentiment partagé par la majorité des acteurs qu'eux-mêmes ne peuvent, ni ne souhaitent continuer ainsi. En l'espèce, la vétusté et l'inadaptation des locaux ne permettent pas aux équipes de mettre en place de nouveaux projets dans les services, d'avoir des conditions de travail et de prise en charge optimales. Le projet architectural qui fait consensus auprès des agents, arrive de manière opportune car il va obliger la Direction et les agents à retravailler les grands axes de la prise en charge fixés lors de l'élaboration du projet d'établissement et donc permettre de redonner du sens aux actions entreprises au sein de l'établissement. En cela, il donne l'occasion à la Direction de manager le changement au sein de l'EHPAD.

2-3-1- Un projet consensuel propre à faciliter la conduite du changement

La reconstruction fait plutôt consensus auprès des professionnels et il est donc nécessaire de s'appuyer sur cet atout pour faciliter la conduite du changement. Le management par projet semble parfaitement adapté à ce contexte.

Il apparaît clairement lors d'entretiens informels que j'ai réalisés auprès du personnel et lors des différentes réunions, que les agents sont en difficulté par rapport à ce bâtiment implanté sur cinq étages qui nécessite beaucoup de déplacements et de manutention. La plus grande dépendance des personnes qui entrent à l'E.H.P.A.D. tant au niveau physique (beaucoup de résidents se déplacent en fauteuil roulant) que psychique (plus d'un tiers des personnes admises sont atteintes de la maladie d'Alzheimer) constitue un facteur de pénibilité pour le personnel dans un bâtiment qui a plutôt une configuration résidentielle malgré la restructuration effectuée en 1992.

Les agents sont en attente d'un nouveau projet de construction aujourd'hui. ***C'est un atout indéniable car cela peut permettre une large mobilisation des équipes. Il s'agit donc d'une opportunité pour la Direction de faire évoluer l'organisation et les méthodes de travail au sein de l'institution sans créer une vague de mécontentement ou un rejet immédiat de toute forme de changement.***

Mais cela ne suffit pas malgré tout pour que le projet soit fédérateur ; la Direction doit pouvoir conduire ce projet de manière à ce que le personnel puisse se l'approprier et donc en être acteur. Il s'agit de ne pas décevoir le personnel qui a mal vécu dans son ensemble l'avortement du précédent projet en 2001; un nouvel échec aurait des effets dévastateurs sur le moral des professionnels.

Par ailleurs, le projet architectural va impacter le projet d'établissement et va offrir l'occasion de mettre en place une gestion par projet propre à induire le changement dans l'organisation.

2-3-2- La reconquête du sens à donner aux actions entreprises au sein de l'établissement

A- L'obligation de réinterroger le projet d'établissement

Comme on a pu le voir précédemment, élaborer et disposer d'un projet d'établissement, c'est se doter d'un guide pour l'action sur plusieurs années. **Le projet architectural** qui figure d'ailleurs, parmi les objectifs fixés lors de l'élaboration du projet d'établissement fin 2007, **ne vient pas profondément modifier les objectifs du projet de service mais modifier les conditions pour les atteindre**. Le projet d'établissement n'est pas un document figé mais un document évolutif comme pour toute démarche de gestion par projet. Il apparaît nécessaire de revoir les conditions de la prise en charge en même temps que l'architecture.

En effet, **l'organisation et les méthodes de travail vont certainement changer avec la modification des locaux**. En premier lieu, le projet architectural vient percuter l'organisation du travail qu'il convient de repenser en amont. Il faut en effet, avoir une réflexion sur la manière dont on souhaite organiser le travail avant de définir le dimensionnement des locaux.

Sans anticiper sur la configuration des locaux qui sera choisie, on peut dire avec certitude que la manière de travailler dans des locaux disposés de plain pied sera différente de la manière de travailler dans des locaux disposés sur cinq étages. On imagine aisément par exemple, que la surveillance des résidents sera facilitée. De même, disposer d'une unité fermée, spécialisée dans la prise en charge des personnes déambulantes est de nature à simplifier le travail des équipes. De même, l'entrée en institution de personnes de plus en

plus dépendantes impose des façons différentes de travailler et donc une réflexion de la part de l'ensemble des professionnels.

L'organisation du travail dans les établissements constitue très souvent un enjeu important. ***La nécessité de retravailler l'organisation dans le cadre du projet de construction est une opportunité intéressante pour la Direction qui peut aborder le sujet sensible de l'organisation de la prise en charge sous un angle différent, plus propice à la négociation.*** Il est plus facile d'arguer l'obligation de changer par la nécessité de reconstruire plutôt que de remettre en cause les pratiques professionnelles des agents même en avançant des arguments tout à fait objectifs (obligations réglementaires ...). Le poids des habitudes et le confort de certaines situations de travail constituent souvent un frein au changement. C'est l'occasion de rappeler que l'organisation doit être au service de l'usager et non l'inverse et que l'organisation institutionnelle, malgré ses contraintes, doit s'adapter autant que possible au rythme du résident que ce soit au niveau des toilettes ou des repas par exemple.

Par conséquent, penser architecture nécessite de réfléchir sur la prise en charge globale des résidents.

Le projet d'établissement et ses déclinaisons deviennent alors de véritables outils de management, adaptés à la gestion par projet; revoir les grandes orientations du projet d'établissement, ***cela permet de réinterroger les objectifs fixés et la manière de les atteindre.*** La Direction peut alors redonner du sens à son action, dans un contexte favorable et expliquer de manière pédagogique la globalité de la démarche.

La principale difficulté pour les équipes sera de retravailler les grands axes du projet d'établissement, en arrivant à se projeter dans le futur, en imaginant une manière de prendre en charge le résident tout en sachant que si le projet architectural est validé par l'ensemble des acteurs, les nouveaux locaux ne verront le jour au mieux que dans trois ans. Pour éviter cette cassure, la Direction a décidé d'espacer le travail par groupe sur le projet d'établissement durant la période de construction jusqu'en 2013 pour continuer à mobiliser et obtenir l'adhésion sans risquer un essoufflement ou une lassitude des équipes. L'objectif est d'installer les résidents dans les nouveaux locaux dans des conditions de fonctionnement réfléchies avec une prise en charge optimale. En même temps, cet étalement dans le temps permet d'éviter le risque de « réunionnite » qui entoure les nouveaux projets et qui apparaît parfois contreproductif car il engendre des tensions dans les services ; ces tensions sont bien souvent liées au manque de personnels qui pèse sur le fonctionnement des EHPAD en

général et sur la qualité des prestations. Par ailleurs, une réunion inutile ou tout du moins, qui n'aboutit pas à une décision, peut s'avérer plus nuisible que l'absence de réunion.

B- Du sens donné à la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques

Avec le projet architectural, la pertinence des pratiques des professionnels va être forcément remise en question : les pratiques que les agents reproduisent par mimétisme sans s'interroger sur leur fondement, ne seront pas forcément reproductibles dans un autre contexte architectural.

La démarche qualité est à la fois un outil de pilotage et de dialogue qui permet un management par projet. ***La démarche qualité crée un contexte opportun qui donne l'occasion de redonner du sens et d'injecter une dose de changement dans les pratiques professionnelles. Cependant, il ne suffit pas toujours de mettre en œuvre la démarche pour qu'elle soit appliquée : les professionnels ont du mal à s'approprier le changement, à comprendre le sens des actions,*** pas forcément par mauvaise volonté mais souvent par déficit de formations et de connaissances juridiques des textes fondateurs qu'ils ont du mal à assimiler. Cette indispensable remise en cause des idées convenues peut s'avérer déstabilisante dans un établissement.

Il est très difficile d'initier une démarche qualité et de changer les pratiques des professionnels dans des locaux inadaptés. Les agents se réfugieront souvent derrière l'architecture qui les oblige à faire un nombre de pas incalculables ou d'autres questions matérielles qui les empêchent de d'exercer leurs travail dans des bonnes conditions.

Par conséquent, retravailler l'architecture avec les agents, les oblige à se questionner sur leurs pratiques et sur l'organisation qu'ils souhaitent voir mise en œuvre pour optimiser la prise en charge. Cela les oblige à s'interroger sur les espaces de liberté, de choix, de responsabilités, plutôt qu'à se réfugier éternellement derrière un discours sous contrainte focalisant l'attention sur les zones où précisément on ne dispose pas de marges de manœuvres en évoquant en particulier les questions financières, les locaux inadaptés ou le manque de personnels. Les agents sont amenés à contextualiser leurs actions. Le travail de définition des besoins et de dimensionnement des locaux est à ce titre très intéressant : en s'interrogeant par exemple, sur l'emplacement de la ou les futures salles à manger, sur les surfaces ou sur la disposition des tables, c'est déjà se questionner sur les pratiques (combien de personnes par tables, quelles personnes faut-il associer à table, faut-il

demander l'avis des résidents, combien de résidents préfèrent manger dans leur chambre et pour quelles raisons ...); de même, la création d'un ou deux services dédiés aux personnes désorientées nécessite une réflexion sur la prise en charge de ces personnes.

La nécessité de mettre en place des formations va alors sans doute s'imposer aux agents qui vont être demandeurs.

Par ailleurs, **la démarche qualité permet un décloisonnement des services** et une logique de collaboration par **des pratiques managériales transversales** en lien avec le projet d'établissement. Bien menée, elle constitue l'opportunité d'engager un véritable dynamisme de changement en permettant l'intégration des différentes logiques et le **rapprochement des cultures professionnelles**. Par exemple, les clivages entre les services soignants et l'animation pourront peut-être s'estomper.

C'est précisément pour ces raisons que la démarche projet architectural se doit d'associer les professionnels dans le pilotage institutionnel afin que les agents ne subissent pas les changements mais qu'ils en soient acteurs. Elle doit également s'appréhender de manière globale : le projet architectural doit être la conséquence d'une réflexion menée par la Direction et le personnel sur la politique globale que souhaite mettre en place l'établissement notamment en matière de prise en charge de l'utilisateur. Le changement imposé par le projet architectural dans les pratiques professionnelles et l'organisation de la prise en charge devient alors une action légitime pour les agents et leur adhésion s'en trouve facilitée.

2-3-3 L'amélioration des performances économiques et sociales

A- L'exemple de l'approche socio-économique pour maîtriser les dysfonctionnements et les coûts cachés

Le projet architectural qui oblige à revoir les grands axes de la prise en charge, est également un moyen d'améliorer les performances économiques et sociales de l'établissement. Pour cela, on peut s'inspirer de l'approche socio-économique.

L'organisation doit agir sur les dysfonctionnements constitués par « des anomalies, des écarts entre le fonctionnement souhaité, attendu et le fonctionnement tel qu'il est réellement

observé en situation. Ils empêchent l'établissement de réaliser pleinement ses objectifs (compte tenu des contraintes internes, externes, sociales et économiques) et d'exploiter ses ressources matérielles et humaines de manière efficientes. Il s'en suit un gaspillage de ressources »⁴⁹.

L'originalité de l'approche socio-économique, élaborée par H. SAVALL en 1973, est de réconcilier les performances économiques et humaines traditionnellement présentées de façon antagonistes.

Elle propose de valoriser le potentiel et les ressources internes pour dynamiser l'organisation et améliorer les performances sociales et économiques.

Cette approche se propose d'agir sur les dysfonctionnements qui ont pour domaine d'expression les conditions de travail, l'organisation du travail, la gestion du temps, la communication, la formation.

En agissant sur ces dysfonctionnements, on essaie de maîtriser les « coûts cachés », non repérés par les systèmes d'information classiques (comptabilité, budgets...) car difficilement prévisibles ou quantifiables alors qu'ils ont une incidence sur le résultat. Les principaux indicateurs de ces coûts sont l'absentéisme, les accidents du travail, la rotation du personnel, la non qualité ou la sous-production (par exemple pour les services blanchisserie ou restauration où cela est plus facilement repérable que dans les services soignants). Une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques permet de mener des actions de prévention des risques professionnels par exemple : un contrôle à posteriori de l'efficacité des actions adoptées puis un bilan coût/efficacité permet de vérifier s'il y a lieu de faire des corrections ou de pérenniser les actions menées dans le temps.

En ce qui concerne le projet architectural, les nombreux étages de la structure actuelle empêchent la mise en place d'une organisation de travail efficiente qui optimiserait les moyens en personnels ; ces derniers perdent un temps incalculable dans les ascenseurs et dans les déplacements en général. Par ailleurs, les risques d'être victime d'un accident du travail sont accentués du fait des nombreuses manipulations qui sont effectuées. Le sentiment d'usure professionnelle est accentué par l'inadaptation des locaux à un public de plus en plus dépendant. Il s'agit donc de reconstruire une structure beaucoup plus fonctionnelle qui permette une prise en charge de qualité et des conditions de travail satisfaisantes. Cependant, cela ne doit pas se faire à n'importe quel coût ; les contraintes économiques actuelles (subventions à la baisse, fonds propres insuffisants dans les

⁴⁹ SAVALL H. *Reconstruire l'entreprise : analyse socio-économique des conditions de travail*, Paris, DUNOD, p106

établissements...) font que le projet de reconstruction doit être travaillé de la manière la plus rationnelle possible pour parvenir à convaincre les Autorités de Tarifications que le calcul économique (ratio coût/efficacité du projet notamment) est satisfaisant et qu'il a été intégré dans le projet.

Le management socio-économique a pour finalité l'amélioration des performances sociales et économiques, afin de diminuer les dysfonctionnements et coûts cachés, ce qui implique la volonté de rechercher et de traiter ces dysfonctionnements en intégrant et en respectant la dimension sociale de l'organisation qui peut permettre de fédérer les potentiels humains

B- Une occasion de mettre en place un projet social ambitieux

Les objectifs du projet d'établissement supposent que l'ensemble des acteurs, notamment internes, se mobilisent pour mettre en œuvre les moyens nécessaires à leur réalisation.

Mettre en place un projet social visant à disposer de ressources humaines motivées, adaptées en nombre et en quantité est fondamental pour un management moderne et une nécessité pour l'établissement. Bien sur, il n'est pas nécessaire d'attendre une restructuration pour travailler un projet social ambitieux au sein d'un établissement. Cependant, le projet ouvre des perspectives et peut être un moyen de rendre attractif un métier reconnu pour sa pénibilité. Par exemple, la création des unités dédiées aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer peut permettre de motiver les personnels les plus anciens par de nouvelles méthodes de travail et des formations d'adaptation à l'emploi. Le projet peut également attirer les candidats à l'embauche si les conditions de travail sont plus acceptables et si des perspectives de carrière s'ouvrent.

Le vieillissement des personnels, l'allongement de la période de travail ouvrant droit à la retraite, la réduction du temps de travail, la réduction du temps d'échanges au travail, sont autant de facteurs qui contraignent les organisations et les personnes qui les composent à une continuelle adaptation et à la recherche constante des meilleures solutions.

Dans un contexte toujours plus exigeant en termes de performance et de faculté d'adaptation, les qualités et la motivation des personnels sont déterminantes pour l'établissement.

Pour répondre aux besoins et aux évolutions engendrées par le projet architectural, ***l'établissement doit passer progressivement d'une conception relativement statique***

de la gestion des effectifs à une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Cela passe par une démarche rigoureuse de définition des besoins en personnels, en anticipant les départs et les entrées des agents et en renforçant l'attractivité pour les candidats à l'embauche (pour tenir compte des évolutions démographiques à venir). L'établissement doit également gérer les évolutions des compétences et rendre accessible l'ensemble des profils de postes, en lien avec le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, référentiel servant de base à l'évaluation individuelle annuelle.

L'EHPAD doit également renforcer les actions de formation continue nécessaires à la réalisation des axes majeurs du projet d'établissement (qualité et sécurité, amélioration des prestations internes...). Le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie constitue un axe fort qui doit permettre de favoriser la promotion interne, de parfaire les formations initiales, de développer les connaissances et les compétences, de favoriser les actions de conversion ou encore favoriser les validations des acquis de l'expérience.

L'établissement doit par ailleurs, poursuivre l'amélioration des conditions de vie au travail des personnels en s'efforçant de prévenir et de réduire la charge physique et psychique qui induit la pénibilité. L'ergonomie et la sécurité des postes doivent être recherchées et la gestion des risques encourus doit être identifiée (document unique, classeur relevant les évènements indésirables...). Les nouveaux locaux devront être conçus de manière à tenir compte des conditions de vie au travail (éviter les déplacements inutiles, emplacements des lits permettant le passage de verticalisateurs...).

Enfin, si l'établissement est en droit d'être exigeant avec le personnel, il se doit aussi de **favoriser le dialogue social** au sein la structure tant par l'expression directe des agents que par la concertation avec les partenaires sociaux.

C- Un moyen de favoriser la communication interne au sein de l'EHPAD

L'amélioration de la communication interne au sein des établissements est l'une des préoccupations managériales principales et constitue un axe majeur de la stratégie des organisations. La réussite de la mise en place de changements est conditionnée par leur compréhension. C'est pourquoi, une stratégie de communication et d'information est nécessairement à développer lors de la mise en œuvre du projet architectural.

Si la communication interne se développe et requiert la mobilisation constante de moyens, elle est souvent critiquée et ne parvient à répondre que partiellement aux besoins des

personnels en termes de connaissance de la structure, d'appartenance, de reconnaissance ou de valorisation. De même, la communication n'apparaît jamais complètement neutre et elle est souvent dissymétrique.

Si pour certains, un des grands principes de la communication est d'informer, parfois même quels que soient les moyens (« le principal, c'est qu'on en parle »), il apparaît clairement dans le cas du projet architectural que « communiquer » n'est pas seulement « informer » car il faut prendre en compte la qualité des relations humaines, les valeurs telles que le respect, l'estime, la valorisation, la confiance réciproque. Communiquer, c'est aussi mettre en commun, dialoguer, coopérer, construire ensemble, donner du sens.

Aujourd'hui, la mission de la communication interne repose notamment sur les constats suivants : « travailler c'est communiquer, communiquer crée du lien, communiquer c'est prendre parti et communiquer c'est rendre possible la performance globale »⁵⁰.

Par ailleurs, une bonne communication permet d'éviter les bruits de couloirs : « mieux vaut maîtriser la communication que de laisser le champ libre aux bruits de couloirs qui, inévitablement, occupent alors le terrain laissé vacant »⁵¹.

Le management fondé sur le potentiel humain montre en quoi la communication interne contribue à deux grandes finalités classiques :

- ***La motivation*** : acceptation de la décision car il s'agit d'une approche partagée de la solution
- ***La cohérence*** : partage de l'analyse et compréhension des décisions managériales

Le projet architectural va favoriser les échanges avec le personnel car il rend obligatoire une démarche managériale stratégique et opérationnelle et le développement d'une nouvelle forme de communication dans l'élaboration du projet, lors des travaux de groupes ou du comité de pilotage, au début et à la fin de chaque phase.

Le sentiment d'appartenance à une collectivité solidaire sera favorisé à travers l'ensemble de ces actions et va permettre la motivation et la mobilisation nécessaire du personnel.

Quatre conditions essentielles au processus de changement au sein d'une organisation doivent être réunies⁵² pour mener le changement :

⁵⁰ DECAUDIN J.-M., IGALENS J. *La communication interne: stratégies et techniques*, Paris: Dunod, 2006, p.192

⁵¹ LEHNISCH J.P. *La communication dans l'entreprise*, 5^e édition, Collection Que sais-je ? p.123

⁵² MIRAMON J.-M, *Manager le changement dans l'action sociale*, Cahiers de l'actif n° 314-317 p 214

- **la nécessité du changement doit être clairement perçue** par l'ensemble des acteurs
- **les moyens indispensables** pour mener à bien le changement doivent être assurés
- **la sécurité** : les perspectives doivent reposer sur des données fiables
- **la mobilisation** : au-delà de ses aspects techniques et financiers, le projet doit pouvoir mobiliser et fédérer l'ensemble des acteurs.

Dans le contexte de l'EHPAD de La Fouillouse, les conditions semblent favorables : le **changement s'impose** car les contraintes deviennent de moins en moins supportables, **le changement est voulu** par l'ensemble des acteurs dont le personnel, et **le changement est opportun en termes financiers** car des enveloppes de financement sont prévues dans le cadre des politiques publiques menées en faveur des personnes âgées dépendantes.

La gestion par projet est essentielle dans la conduite du changement; elle est particulièrement adaptée au contexte induit par le projet architectural. Ce dernier oblige à revoir les grands axes de la prise en charge et à redonner du sens aux actions entreprises par l'établissement.

Le projet permet de plus, d'optimiser les ressources et de mener une véritable politique sociale.

C'est pour ces raisons que l'on peut dire que le projet de construction constitue véritablement un levier pour favoriser la conduite du changement au sein de l'établissement.

On s'aperçoit au final, que le projet architectural permet le pilotage de l'institution selon les trois axes interdépendants suivants⁵³ :

- **Le projet** qui permet de fédérer et d'harmoniser au quotidien le fonctionnement des services et qui est porteur de l'avenir et dessine les voies stratégiques à suivre pour atteindre les objectifs
- **La gestion** dont les champs principaux sont la gestion des ressources humaines, la gestion financière et l'organisation
- **La stratégie** qui s'appuie sur l'évaluation des ressources disponibles, et qui permet d'anticiper les évolutions et d'élaborer la marche à suivre. La difficulté résidera alors dans la manière de conduire le changement et dans les positions ou les arbitrages qui seront pris.

⁵³ MIRAMON J.-M. Manager le changement dans l'action sociale, Editions ENSP, 2001

3- La mise en œuvre du projet architectural à l'EHPAD

La mise en œuvre du projet architectural à l'EHPAD Pierre Meunier a exigé de mettre en place une dynamique. Comme pour toute gestion par projets, les objectifs devaient être clairs et lisibles pour l'ensemble des acteurs de l'établissement et un phasage de l'opération est nécessaire à la cohérence du suivi. La participation des acteurs et la communication sont des éléments fondamentaux du projet. La première phase du projet a consisté à réaliser une étude de population et d'opportunité pour vérifier la cohérence du projet au regard des besoins exprimés au travers des politiques publiques (schéma gérontologique départemental 2008-2012, plan Alzheimer 2008-2012...) et à dresser un état des lieux financiers pour mesurer les capacités à investir de l'établissement. La deuxième phase a permis de réaliser une étude de faisabilité du projet et d'élaborer un plan de financement et un programme d'investissement prévisionnels. Cela a été rendu possible grâce à un travail de définition du pré programme réalisé en Comité de Pilotage et lors des groupes de travail pluridisciplinaires mis en place à cette occasion. Ces travaux ont permis de travailler le projet de service et l'organisation pour établir le lien avec le projet architectural.

3-1 La mise en place d'une dynamique et d'un management participatif

L'objectif était de structurer le projet dans le temps, de suivre son avancée et de faire participer l'ensemble des acteurs de l'établissement au projet.

Le phasage de l'opération de construction et du projet d'établissement ont fait l'objet d'une programmation dès le début de l'année 2009.

Un Comité de Pilotage et des groupes de travail ont donc été créés à cette occasion.

3-1-1 Le phasage du projet architectural et du projet de service

Le phasage de l'opération, on l'a dit, est un élément capital dans l'approche de la démarche projet ; il permet de jalonner le parcours en fixant les objectifs de toutes les grandes échéances à venir. Il permet également, d'informer et de donner de la visibilité sur le processus.

A- Le phasage de l'opération de construction jusqu'au plan de financement

Le phasage de l'opération de construction jusqu'au plan de financement, a été découpé en trois grandes étapes.

La première étape (que l'on peut qualifier d'avant-projet) **a consisté à procéder à une étude d'opportunité et de population**, afin de s'assurer que le projet trouve sa place au sein des différents plans et schémas en faveur des personnes âgées proposés au niveau national ou local.

Pour cela, la recherche de données populationnelle a été nécessaire (âge moyen de la population accueillie, niveau de dépendance, origine des populations accueillies, nombre de personnes sur liste d'attente...). Une analyse des données a ensuite été fournie à un cabinet consultant afin qu'il puisse les exploiter et les contextualiser.

La deuxième étape (concomitante à la première) **a été de réaliser un dossier diagnostic financier** préalable à la reconstruction, un état des lieux qui permette de vérifier la situation financière de l'établissement pour voir si un tel projet est viable. L'objectif a été de vérifier au niveau financier, si l'état des fondamentaux notamment en termes de niveau d'endettement, de Fonds de Roulement ou de trésorerie étaient bons. En effet, le plan de financement qui devait être proposé, devait tenir compte du bilan financier existant qui peut faire apparaître les marges de manœuvre.

En parallèle, des visites auprès d'établissements ayant des problématiques similaires et ayant construit ou étant en cours de construction ont été faites ; cela a permis de nourrir la réflexion et de voir la construction de certains montages financiers.

La troisième étape (phase de lancement), a consisté à **vérifier la faisabilité architecturale du projet** et à **établir un pré programme** de l'opération ; un premier plan de financement prévisionnel a ainsi été ébauché. Cette étape a été capitale dans le processus d'élaboration du projet. En effet, une mise en cohérence du projet d'établissement et du projet architectural a été absolument nécessaire car l'architecture des locaux doit être élaborée autour de la future organisation souhaitée et travaillée avec l'ensemble du personnel.

Il s'est donc avéré nécessaire de retravailler l'organisation en parallèle du projet de construction et de définir les grands axes qui sous tendront le projet d'établissement.

B- Le phasage du travail sur le projet d'établissement

Comme on l'a vu, le projet architectural fait partie intégrante du projet d'établissement. Or, l'EHPAD souffre de l'absence d'un réel projet d'établissement qui n'a pu être travaillé pour les raisons que l'on a évoquées précédemment. Un projet architectural ne peut être lancé sans un véritable projet commun qui permette de visualiser les objectifs que l'établissement souhaite atteindre.

En l'état, une réflexion a dû être menée rapidement pour connaître l'organisation que l'établissement souhaitait mettre en place dans ses futurs locaux (1^{ère} phase). De cette organisation dépend, en effet, l'agencement des locaux avec une définition la plus pertinente des locaux.

Par ailleurs, le choix a été fait par la Direction de travailler les différents volets du projets d'établissement (dont projet de vie, projet de soins, projet d'animation, projet hôtelier) tout au long de la durée de la construction jusqu'en 2013 (2^{ème} phase) ; ce choix a été dicté par la volonté de ne pas « assommer » les équipes, de réunions dans un laps de temps très réduit surtout dans un établissement qui n'a pas la culture de la réunion. Cet apprentissage va donc se faire sur plusieurs mois et permettre aux équipes d'emménager dans des locaux en ayant une connaissance approfondie sur les objectifs de l'établissement et les moyens de les atteindre.

La difficulté dans ce travail est d'arriver à se projeter dans le futur tout en continuant à travailler dans des locaux inadaptés. Une autre difficulté est de faire patienter les agents durant encore quelques années dans une structure inadéquate. L'étalement dans le temps des différents projets peut être un moyen de continuer à motiver les équipes.

Pour le travail sur le projet d'établissement, un consultant extérieur a été sollicité.

Le phasage du projet d'établissement a été résumé de la manière suivante :

PHASAGE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Phase 1

Avril 2009 :

Comité de Pilotage

1 demi-journée : mise en cohérence projet d'établissement et projet de construction
Le 21 avril de 13h30 à 17h

Avril 2009 : **Groupe Projet sur l'organisation future**

2 demi-journées : formalisation des grands axes qui sous tendront le projet d'établissement
Le 30 avril à 13h30 Détermination de l'organisation future
Le 13 mai à 13h30

Mai 2009 : **Comité de Pilotage**

1 demi-journée : Présentation et conclusion sur l'organisation future
Le 25 mai à 13h30

Phase 2

Octobre 2009 à mars 2010 : **Groupe projet référentiel**

3 journées : formalisation du référentiel, objectifs du projet d'établissement ;
Travail sur un socle commun, engagements et options de
l'établissement au regard des textes législatifs et réglementaires

Avril 2010 : **Comité de Pilotage**

1 demi-journée : restitution au Comité de Pilotage

Octobre 2010 à octobre 2011 : **Groupe projet n°1 : projet de soin**

Groupe projet n°2 : projet de vie

Groupe projet n°3 : projet d'animation

Groupe projet n°4 : projet hôtelier

4 journées : travail en équipe pluri professionnelles sur les grands volets de la
prise en charge

Février 2012 : **Comité de Pilotage**

1 demi-journée : restitution au Comité de Pilotage

Octobre 2012 à mars 2013: **Groupe projet d'évaluation interne**

2 journées : apports formatifs sur l'évaluation et détermination des références

Juin 2013 : **Comité de Pilotage**

1 demi-journée : validation du document final

1 demi-journée : appropriation des documents et mobilisation des équipes par rapport aux projets

3-1-2 La participation des professionnels au projet

Comme on a déjà pu le signaler, la participation des professionnels au projet est un élément décisif à la cohérence et à la réussite du projet.

Pour cela, un Comité de Pilotage a été constitué, composé de membres de la Direction et de l'encadrement ainsi que de personnes représentatives des différents corps de métiers. Son rôle a été de valider les propositions formulées par les groupes de travail et de faire le lien avec les instances décisionnaires.

Les groupes de travail composés de personnels pluridisciplinaires (différents selon les thématiques) ont été chargés de travailler sur des domaines entrant en général dans le champ de leurs compétences. Les agents composant ces groupes avaient donc un œil plus « expert » sur des questions et des situations du quotidien. Leurs avis ont donc été précieux et ont permis d'alimenter les débats. Ces agents devaient par ailleurs être le relais auprès des autres professionnels sur les propositions formulées au cours des réunions ; ils devaient également relayer les interrogations de leurs collègues.

Le choix des personnels présents dans les groupes de travail a été fait par la Direction dans un souci de cohérence :

- En raison de leur champ de compétence (exemple : la lingère)
- En respectant la pluralité des professions (infirmières, aide-soignante, AMP, ASH, services administratifs et généraux ...)
- En choisissant des personnes qui sont « force de propositions » mais aussi des agents qui sont souvent dans l'opposition (pour les faire adhérer)
- En cherchant un équilibre entre les anciens et les nouveaux agents qui n'ont pas forcément le même regard sur les situations
- En essayant de respecter la parité homme/femme même si c'est compliqué dans un domaine fortement féminin

Enfin, la Direction a fait le choix de s'adjoindre les services d'un cabinet consultant chargé d'animer les réunions et d'en produire les comptes-rendus.

Ce choix a été dicté par la volonté de la Direction de garder un certain recul et une certaine neutralité pour rester en quelque sorte en position d'arbitrer les propositions des agents et du consultant. Pour les comptes-rendus, il était également important que le consultant les produise pour éviter toute forme de polémiques sur la véracité des propos tenus ou la teneur des propositions formulées.

3-1-3 La communication autour du projet

La communication autour du projet et la démarche a été très importante auprès des acteurs institutionnels.

Une annonce a été faite lors d'une réunion générale rassemblant tous les **agents de l'établissement** ; un certain consensus s'est dégagé rapidement pour constater que la structure constituait un obstacle à une prise en charge de qualité et que le projet de construction apparaissait dans ces conditions, comme une opportunité de faciliter les conditions de travail du personnel et induire le changement.

Une réunion avec les familles a permis également de constater qu'elles étaient conscientes de la nécessité de reconstruire la structure sur un autre site.

Enfin, les Administrateurs ont encouragé la démarche lors d'une séance du Conseil d'Administration en janvier 2009.

La communication à chaque étape du projet, a été également un élément important. En premier lieu car il s'agit d'une obligation réglementaire d'informer les instances notamment le **Conseil d'Administration** sur l'avancement du projet (choix du terrain, étude d'opportunité et de population, étude de faisabilité, plan de financement...).

Ensuite, il était fondamental que l'ensemble des acteurs institutionnels soient intégrés au projet, qu'ils puissent en suivre le déroulement et y adhérer.

Une large communication a été faite auprès du personnel en amont, on l'a dit, mais également au cours du projet avec des comptes-rendus systématiques sur les propositions formulées et les décisions prises lors des groupes de travail et du Comité de Pilotage. Des comptes rendus verbaux ont également été faits en relève car un grand nombre de professionnels y participent (la plupart des agents travaillant du matin et du soir).

En ce qui concerne **les familles et les résidents**, des questionnaires et des entretiens ont été effectués afin qu'ils puissent également donner leur avis sur les questions architecturales et plus globalement de prise en charge.

Pour les familles, deux documents ont été envoyés et un grand nombre de familles ont répondu (37 sur 80 sachant qu'une dizaine de résidents n'ont pas de proches ou sont sous tutelle d'organismes tels l'UDAF⁵⁴ qui n'ont pas répondu).

Un premier questionnaire était en fait, une enquête de satisfaction sur les prestations délivrées au sein de l'établissement. Cette enquête (anonyme) se voulait délibérément peu détaillée car la démarche était relativement nouvelle et l'établissement peu avancé dans la démarche qualité. De plus, on ne voulait pas trop se détourner de notre objectif initial : connaître si les conditions de prises en charge dans les locaux actuels étaient satisfaisantes. Les résultats obtenus sont retracés dans l'annexe 1. Globalement, les familles se sont montrées satisfaites des prestations même si les questions sur le logement ou le cadre de vie ont fait l'objet de retours mitigés.

Ces dernières réponses ont fait écho à un deuxième questionnaire plus centré sur le projet architectural (annexe 1). Les familles ont jugé à 70%, l'établissement inadapté à la prise en charge de personnes fortement dépendantes notamment sur les questions du nombre d'étages élevé et des problèmes d'ascenseurs. La problématique des chambres « trop petites », « manquant de confort » (absence de douches) est revenue fréquemment. Une délocalisation ne semblait par ailleurs pas poser problème, notamment pour les visites, même si une construction en dehors du centre ville, pouvait constituer un obstacle au niveau des relations avec les bénévoles, la crèche voisine...

Les réponses ont mis l'accent sur la nécessité de créer des espaces dédiés aux personnes atteintes de démences en veillant à ne pas créer de « ghettos » ou cloisonnement avec les autres personnes. Enfin, la volonté de disposer de lieux de promenade et d'espaces verts est apparue également fortement dans les questionnaires.

Une réunion avec les familles à la fin du mois de mars, a permis de faire un rendu sur les questionnaires et d'échanger plus globalement sur le projet et son avancée.

En ce qui concerne les résidents, des entretiens individuels ont eu lieu avec les personnes en capacité de répondre. Par ailleurs, deux réunions dans le cadre de l'atelier d'écriture proposé par l'animatrice ont permis des échanges avec un groupe d'une dizaine de résidents (annexe 1). Lors de ces entretiens, les questionnements ont été à peu près similaires à ceux des familles. L'étroitesse des locaux (chambres, salle à manger...), la structure en étages du bâtiment, l'absence d'espaces dédiés pour les personnes atteintes de la maladie

⁵⁴ UDAF : Union Départementale des Associations de Familles

d'Alzheimer ou encore l'environnement du bâtiment (manque d'espaces verts...) constituent des problèmes récurrents.

Enfin, une des préoccupations majeures des résidents comme des familles, concernait l'impact de la nouvelle construction sur le prix de journée.

Enfin, chaque étape a permis de présenter l'état d'avancement du projet aux **Autorités de Tarification** qui ont donc suivi et validé le processus étape par étape. En effet, il est apparu rapidement l'intérêt d'instaurer un dialogue très en amont avec les décideurs afin qu'une relation de confiance et d'aide également puisse s'instaurer.

3-2 L'étude d'opportunité et un diagnostic financier préalable avant d'engager les discussions avec les Autorités de Tarification

En préalable à toute discussion avec les Autorités de Tarification, deux documents nous ont semblé incontournables : une étude d'opportunité du projet et populationnelle, une étude financière pour connaître les capacités à investir de l'établissement.

3-2-1 L'étude d'opportunité et populationnelle

A- Les constats

Plusieurs constats ont pu être établis concernant les évolutions démographiques territoriales observées et attendues et les besoins à l'EHPAD Pierre Meunier.

Tout d'abord, **le département de la Loire est l'un des départements les plus « vieux » de la région**. Il présente un indice de vieillissement⁵⁵ supérieur à celui de la région Rhône-Alpes (76.6 contre 59.9) mais aussi du territoire national et devrait voir sa population âgée continuer à fortement progresser dans les prochaines années. Par ailleurs, la « couronne

⁵⁵ Indice de vieillissement : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

stéphanoise », où se situe l'établissement, devrait connaître le plus fort taux de vieillissement du département.

La prévalence de la dépendance et notamment de la maladie d'Alzheimer augmente très sensiblement avec l'âge (1.5% à 65 ans contre 30% à 80 ans) et concerne 14.2% des 75 ans et plus⁵⁶. Compte tenu des caractéristiques et des évolutions démographiques attendues sur le territoire, cela interroge très sérieusement les modes de prise en charge actuels et ceux à mettre en lien avec les besoins aux plans quantitatif et qualitatif.

Ces réalités trouvent d'ores et déjà une traduction dans un nombre élevé de personnes dépendantes et de fait de bénéficiaires de l'APA dont le taux moyen est supérieur à celui de la région et de la France.

Par ailleurs, **le département est fortement doté en places d'hébergement permanent** et en places médicalisées. Les taux d'équipement⁵⁷ y sont supérieurs aux moyennes départementales, régionales et nationales. La couronne stéphanoise n'est pas considérée comme prioritaire en termes de création de places d'hébergement permanent. Le taux d'équipement de structures pour personnes âgées est de 21 pour la couronne stéphanoise contre 17.5 pour le département, 16.6 pour la région Rhône-Alpes et 12.9 pour le territoire national. De plus, le taux d'équipement en terme de structures pour personnes âgées dépendantes est de 18 pour la couronne stéphanoise, 14 pour le département, 12.3 pour la région Rhône-Alpes et 9.3 pour l'ensemble du territoire national. Malgré ce bon taux d'équipement, on constate cependant, au regard des besoins actuels et prévisionnels, un nombre de places en faveur des personnes concernées par la maladie d'Alzheimer ou par une autre maladie apparentée très nettement insuffisant. Ces places représentent sur le département environ 3% du dispositif global et 4% des places médicalisées, alors que les personnes atteintes par ce type de maladies représentent actuellement entre 40% et 60% des personnes accueillies en établissement ; de plus, des efforts importants restent à faire dans le domaine du diagnostic.

Enfin, **l'hébergement temporaire fait exception** en termes de taux d'équipement dans le département: le nombre de places proposées est très faible et leur répartition est inégale. Le taux d'équipement est de 0.07 pour le département de la Loire selon les données Statiss et 0.11 selon les données du schéma gérontologique 2008-2012 contre 0.18 pour la région Rhône-Alpes et 0.15 pour le territoire national. Le schéma départemental 2008-2012 fait état de 74 places d'hébergement temporaire identifiées et concerne 9% des établissements existants. La couronne stéphanoise ne compte qu'un seul lieu offrant 9 places d'hébergement temporaire, ce qui atteste d'une centralisation de ce type d'accueil et donc

⁵⁶ Les chiffres les plus récents sont donnés par l'étude PAQUID 2004

⁵⁷ Taux d'équipement : pour 100 habitants de 75 ans et plus

une mauvaise répartition des ressources. Un rééquilibrage de l'offre d'hébergement temporaire serait à envisager.

On a pu aussi constater, **à l'établissement Pierre Meunier, une population très dépendante**. 70% des résidents sont classés GIR 1 et 2. Près de la moitié sont concernés par une dépendance physique associée à une dépendance psychique. 60% des résidents sont concernés par une dépendance psychique (maladie d'Alzheimer, démence, psychose, Parkinson...): 17 relèvent d'une U.H.R. (Unité d'Hébergement Renforcée), 9 à 12 relèvent d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) et 20 d'une unité d'hébergement classique. Par ailleurs, 90% des résidents sont originaires du canton, des cantons limitrophes ou très proches. Les résidents accueillis se composent principalement de femmes (85%) et l'âge moyen est de 86 ans allant de 65 ans à 100 ans. Les personnes résident dans cet établissement depuis 2.8 ans en moyenne, la majorité depuis 2 ans et 20% depuis au moins 5 ans. Environ 90% des résidents proviennent de cantons limitrophes.

Enfin, on peut constater que **l'établissement est fortement sollicité**; au cours de l'année 2008, l'EHPAD a reçu 285 dossiers de demandes d'admission. 47 ont d'emblée été rejetés car concernant des personnes Alzheimer déambulant « fuguant » ou avec des troubles sévères du comportement. Ces personnes sont également originaires du canton.

B- Une réorganisation possible de l'EHPAD en fonction des besoins constatés et prévisionnels

Sur les 80 places agréées, le projet pourrait consister à diversifier l'offre et les prises en charge afin de les adapter aux besoins actuellement constatés et ceux estimés dans l'avenir. Un pôle de **54 lits d'EHPAD non spécifiques** pourrait être envisagé.

Deux UHR⁵⁸ de 12 à 14 places d'hébergement permanent destinées à l'accueil des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer avec des troubles sévères du comportement pourraient être créées.

Ces unités permettraient de répondre aux besoins actuels constatés au sein de l'établissement mais aussi aux besoins du secteur dans ce domaine. De nombreuses demandes d'entrées proviennent de personnes Alzheimer avec des troubles du comportement, des risques de fugues auxquels l'établissement ne peut pas répondre aujourd'hui. D'autre part, les analyses démographiques et les avancées attendues en terme de diagnostic précoce de la maladie laissent entrevoir une forte progression de personnes atteintes et diagnostiquées par ce type de maladies et de leurs besoins d'accompagnement et de prise en charge.

⁵⁸ Cf cahier des charges définissant les UHR (note DGAS mars 2009) :

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptés.

Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Un PASA⁵⁹ (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) **de 12 places pourrait être réalisé au sein de l'établissement et serait destiné à accueillir en journée des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer** (à un stade moins avancé ou n'ayant pas de troubles importants du comportement), répartis dans les différentes unités d'hébergement. Les personnes accueillies dans ce pôle seraient pris en charge par du personnel spécifiquement formé ; des activités sociales et des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des personnes y seraient proposées.

Des lieux de vie et des salles d'activités pourraient être également créés afin de permettre aux autres résidents, non concernés par une dépendance physique, de réaliser des activités plus classiques.

Enfin, **quatre places d'accueil temporaire pourraient être créées** réparties au sein des unités, dont deux à destination des personnes. Ce type de prise en charge est indispensable dans le cadre de la politique de maintien à domicile et fait partie des solutions préconisées dans le schéma départemental en faveur des personnes âgées mais aussi dans le plan Alzheimer. L'hébergement temporaire peut également être utilisé comme une réponse à une interruption momentanée de la prise en charge (hospitalisation de l'aidant principal, congés de professionnels du domicile...). L'accueil temporaire peut contribuer à prolonger la vie à domicile de ces personnes en prenant en compte l'épuisement de l'aidant. Il peut aussi être utilisé comme une adaptation, une transition avant l'entrée en institution.

De par sa recomposition et ses objectifs, ce projet de réorganisation pourrait permettre de répondre à de nombreux objectifs et actions du schéma départemental 2008-2012 en faveur des personnes âgées ainsi que du plan national Alzheimer 2008-2012.

Pour le schéma, ce projet répondrait à l'orientation prioritaire n°3 « Développer une prise en charge spécifique pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie

⁵⁹ Cf cahier des charges relatif aux PASA (note DGAS mars 2009) :

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

Le terme pôle a été préféré à celui d'unité car il est mieux approprié au mode d'accompagnement ouvert et sans hébergement

apparentée » notamment la fiche projet n°17 « Améliorer **la prise en charge des résidents d'EHPAD en unités de vie spécialisée** » et la fiche projet n°22 « **Développer les accueils séquentiels** ».

Pour le plan national Alzheimer, le projet répondrait à l'axe n°1 « Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants » avec la mesure n°1 « **développement et diversification des structures de répit** » de l'objectif n°1 « Apporter un soutien accru aux aidants ». Enfin, il répondrait à l'objectif n°5 « Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » et sa mesure n°16 « **création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrants de troubles comportementaux** ».

Le projet tel qu'il se dessinerait, s'inscrirait donc dans la continuité des politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes.

3-2-2 Un état des lieux financiers

Il était important à ce stade du projet, d'établir un état des lieux concernant la santé financière de l'établissement. **L'établissement devait prouver que sa politique économique et financière actuelle était en cohérence avec le projet de construction et son financement, qu'il existait une stratégie à court et moyen terme en matière d'investissements.** Il s'agissait d'une part de **démontrer que les fondamentaux du bilan étaient bons** et d'autre part qu'ils allaient être consolidés grâce à l'action menée à court terme. On s'est intéressé aux indicateurs principaux constitués notamment par le Fonds de Roulement, le Besoin en Fonds de Roulement et la Trésorerie de l'établissement (la période étudiée est 2005-2007 en l'absence au moment de l'étude, des données chiffrées de l'exercice 2008). On peut signaler qu'à ce moment de l'étude, on ne disposait pas de données chiffrées exactes notamment concernant le compte administratif 2008 car cette étude avait pour objet de préparer la réunion du 21 janvier 2009 avec les Autorités de régulation (DDASS et Conseil Général). Cependant, cette étude était déjà relativement précise et les montants des tableaux, on le verra par la suite se rapprochent de ceux qu'on retrouve plus loin dans le plan de financement prévisionnel du projet.

A- Etudes rétrospectives sur les moyens de l'établissement

Concernant **la section d'investissement**, en 2007, elle présentait un solde positif (163 357.07€) ; cependant, ce solde était à relativiser car il était positif en grande partie grâce à des dépôts et cautionnements reçus (107 866.08€) et à des provisions pour risques et charges (71 101.09€). (Annexe 2 : représentation schématique de la section d'investissement, les indicateurs de la S.I., comparaison sur trois exercices des montants et ratios).

La dotation aux amortissements était en légère baisse par rapport à l'année précédente (-2%) mais elle diminuait chaque année ce qui avait pour effet de diminuer la capacité d'autofinancement de l'établissement.

Le remboursement en capital des emprunts absorbait 67% de l'autofinancement, norme (< 50%) ce qui empêchait l'établissement d'investir (42 960.38€ en 2007) de manière suffisante.

L'endettement qui pesait sur l'établissement n'était pas forcément lourd à supporter (cf ratio d'autonomie financière et ratio d'apurement de la dette dans l'analyse du bilan annexe 2). Cependant, les emprunts contractés lors de la rénovation en 1992 arrivaient à leur terme et le montant du remboursement en capital des emprunts était en augmentation notable jusqu'en 2011 tandis que la dotation aux amortissements annuelle était en baisse. Cela avait un réel impact sur la capacité à investir de l'établissement.

La Maison de Retraite risquait donc de ne pas dégager d'autofinancement suffisant au renouvellement de ses immobilisations.

Un des objectifs à court terme (2009-2013) de l'établissement a donc été d'améliorer sa capacité d'autofinancement tout en évitant de se lancer dans des investissements trop importants ou à perte compte tenu de la perspective de la nouvelle construction :

- ***En revoyant la durée d'amortissement du bâti actuel*** (50 ans !) pour le mettre en adéquation avec les emprunts (durée de 20 ans en 1992), ce qui dégagerait une dotation aux amortissements plus importante sans affecter l'équilibre général de la section de fonctionnement (question vue avec le Trésorier de St-Etienne le 3 décembre 2008)

- **En faisant remonter en fonds propres** (compte 142 « provisions réglementées ») **les surplus dégagés sur le groupe III** de la section de fonctionnement compte tenu de la diminution des charges d'intérêt et d'amortissements sur la période

- **En demandant l'affectation des résultats d'exploitation en financements stables** (compte 10682 excédents affectés à l'investissement)

Concernant **le bilan**, il était important de vérifier tout d'abord, que l'établissement était sain sur le plan financier. (Annexe 2: bilan financier 2005 à 2007, représentation schématique du bilan, calcul des ratios de la structure financière, comparaison sur 3 années)

Le Fonds de roulement d'investissement présentait un solde positif et progressait tout au long de la période 2005-2007.

Cela s'expliquait pour partie par l'affectation des résultats à l'investissement (+14 049.12€ sur 2 ans).

Cependant, la tendance risquait de s'inverser du fait de la combinaison de la diminution de la dotation aux amortissements, des faibles investissements et de l'augmentation du remboursement en capital des emprunts.

Les pistes d'amélioration évoquées précédemment devraient donc permettre de faire progresser le F.R.I. jusqu'à la construction.

Par ailleurs, les fondamentaux du haut de bilan étaient bons fin 2007 :

- *le ratio d'apurement de la dette* (qui mesure le potentiel de remboursement du capital des emprunts par l'autofinancement généré par les amortissements) s'améliorait de fait puisque le remboursement en capital des emprunts était de plus en plus important (ratio de 2.38 en 2005 contre 2.79 en 2007, norme > 2)

- *le ratio d'autonomie financière* (qui mesure la dépendance vis-à-vis de l'emprunt) était de 1.98 (norme > 1) et s'améliorait d'années en années avec la baisse des fonds empruntés

- en revanche, *le ratio de vétusté des immobilisations techniques* restait élevé (82%), ce qui indique qu'il faudra sans doute investir dans le mobilier lors de la construction.

Le Fonds de roulement d'exploitation était en hausse depuis deux ans (226 277.78€ en 2005 contre 289 570.28€ en 2007).

Cela permettait largement le financement du cycle d'exploitation d'autant que l'établissement a un excédent de financement d'exploitation (E.F.E. : 29 929.38€ en 2007).

La progression du F.R.E. s'expliquait en grande partie par une très nette progression de la réserve de compensation (459,72€ en 2005 contre 126 434.54€ en 2007).

La réserve de trésorerie restait faible (24 056.46€) et couvrait seulement 4 journées d'activités (cf ratio de réserve de trésorerie) ; cependant, cela était à relativiser car le Fonds de roulement net global demeurait important.

Le Besoin en Fonds de roulement était négatif (-29 929.38€) ce qui paraissait intéressant pour l'établissement.

Durant la période 2005-2007, il a fluctué de manière diverse (-32 717.87€ en 2005, 18 761.31€ en 2006 et -29 929.38€ en 2007) et ne mettait pas en danger la situation de trésorerie de l'établissement ; cela relativisait par ailleurs la faible réserve de trésorerie.

Le délai d'encaissement des recettes provenant des usagers ou des tiers était bon (28 jours), la norme se situant entre 30 et 60 jours.

La Trésorerie nette était bonne et s'améliorait entre 2005 et 2007 (312 963€ contre 411 755€).

Cela s'expliquait en grande partie par la progression du F.R.N.G. durant la même période (280 245.16€ contre 381 826.26€)

B- Etudes prospectives sur l'avenir à court terme de l'établissement (hors projet de construction)

L'objet de cette étude était de ***vérifier l'évolution du Fonds de roulement d'investissement sur la période 2009-2013*** compte tenu de la stratégie à court terme que nous avons exposée précédemment, indépendamment du projet de construction. (Annexe 3 : plan de financement prévisionnel, tableaux des surcoûts, gestion pluriannuelle des investissements)

Il s'agissait également de ***vérifier l'impact du programme d'investissement sur la section de fonctionnement*** au travers du tableau des surcoûts d'exploitation.

On a pris comme hypothèse de départ un programme d'investissements annuels de l'ordre de 40 000€ tout au long du plan 2009-2013 et la durée de l'amortissement du bâti actuel

ramené à 20 ans à partir de la valeur nette comptable (cf plan de financement et gestion pluriannuelle de la section d'investissement).

Enfin, on a fait remonter en fonds propres (provisions réglementées) les surplus d'exploitation issus de la diminution des charges financières et des amortissements (tableaux des surcoûts).

On a constatée qu'en s'appuyant sur ces hypothèses, l'établissement disposait d'un Fonds de roulement d'investissement en constante progression tout au long du plan (129 553€ en 2009 contre 345 599.35€ en 2013).

On a ainsi pu vérifier que la situation financière de l'établissement était saine et que la stratégie adoptée à court terme en matière d'investissements, permettait par ailleurs d'appréhender de manière plus sereine le projet de construction. ***Ce diagnostic a donc permis de montrer aux Autorités de Régulation qu'une stratégie et qu'une ligne directrice existaient dans l'établissement, avec notamment une volonté de maîtriser les coûts et de monter un plan de financement cohérent.***

3-2-3 La discussion nécessaire avec les Autorités de Tarification

Comme cela était prévu lors du phasage de l'opération, et à la lecture des éléments travaillés, un rendez-vous avec les Autorités de Tarification s'est imposé pour ***connaître leur positionnement par rapport au projet de reconstruction de la structure***, pour savoir si le projet pouvait s'inscrire dans le cadre des enveloppes de financement proposées par la CNSA et le Conseil Général de la Loire.

Lors du rendez-vous que nous avons obtenu auprès des services de la DDASS et du Conseil Général, il est apparu que le projet de reconstruction apparaissait opportun, qu'il s'inscrivait dans le cadre des politiques menées par les Pouvoirs Publics et que, à ce titre, les Autorités de Tarification soutenaient la Direction et l'encourageait à poursuivre dans sa démarche.

Un autre rendez-vous a été fixé avec comme objectif d'étudier la faisabilité du projet de construction et un premier plan de financement prévisionnel. L'établissement s'est également engagé à s'inscrire dans une démarche de projet d'établissement notamment, dans un premier temps, pour travailler l'organisation de la prise en charge dans les futurs

locaux. Ceci devait permettre une meilleure définition des besoins au sein de la structure en faisant coïncider projet d'établissement et projet architectural.

3.3 L'étude de faisabilité : les travaux du COPIL et des groupes de travail sur la définition du programme et le plan de financement du projet

Ne pas effectuer d'études préalables, c'est prendre le risque d'édifier un bâtiment ne répondant pas aux besoins réels, de réaliser une opération non justifiée, de mal localiser un bâtiment, de dépenser plus que l'enveloppe prévue, d'engager une opération trop lourde sur le plan des coûts de fonctionnement (donc une répercussion directe sur le prix de journée payé par les résidents), de perdre du temps, d'improviser...

L'étude d'opportunité a conforté la Direction dans l'idée que reconstruire devenait une nécessité. Les Autorités de Tarification ont validé cette hypothèse et demandé à la Direction de poursuivre ses études. La mise en œuvre d'un programme technique assez détaillé était donc nécessaire ; il a dû être travaillé avec les équipes pluridisciplinaires. Ce programme a permis de fournir des éléments pour la construction du plan de financement du projet.

3-3-1 Le travail du COPIL et des groupes de travail sur l'organisation et la définition du pré programme

Sur la base des travaux effectués lors de l'étude d'opportunité, les équipes ont donc travaillé l'organisation et les besoins en termes d'espaces et d'équipements.

Des travaux ont été effectués en groupes de travail et comité de pilotage afin d'entrevoir une possible organisation.

Les propositions contenues dans l'étude de population et d'opportunité réalisée en avril 2009 ont été globalement retenues, à savoir un dispositif contenant deux U.H.R., un PASA et des places d'hébergement non spécifiques.

Le bâtiment serait implanté au maximum sur deux étages.

Quatre places d'hébergement temporaire seraient créées.

Par ailleurs, une réflexion a été menée concernant l'hébergement dit « non spécifique » et des propositions ont été formulées par le consultant concernant l'organisation générale.

En effet, si le fonctionnement des UHR est relativement bien cadré réglementairement (note de la DGAS de mars 2009), en revanche le fonctionnement de l'hébergement non spécifique est plus difficile à penser.

A l'EHPAD de La Fouillouse, l'hébergement non spécifique est actuellement plus « sectorisé », avec des locaux de vie collective. C'est un fonctionnement de type hôtelier, plus individualiste, où on n'appuie pas forcément sur les relations sociales au sein de l'établissement, contrairement aux unités.

La question a été de savoir si l'établissement souhaitait continuer sur ce fonctionnement ou disposer d'unités (par ailleurs, plus consommatrices en personnels) avec un fonctionnement plus autonome, ou un panachage des deux types de fonctionnement.

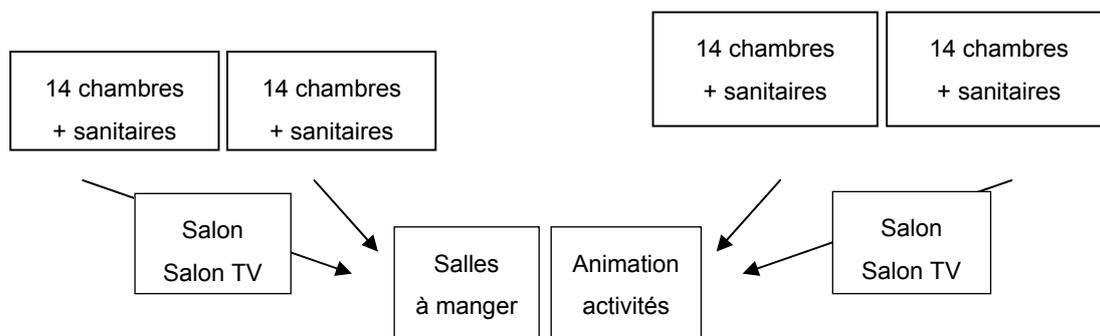
Trois scénarios ont été proposés par le consultant :

Organisation générale

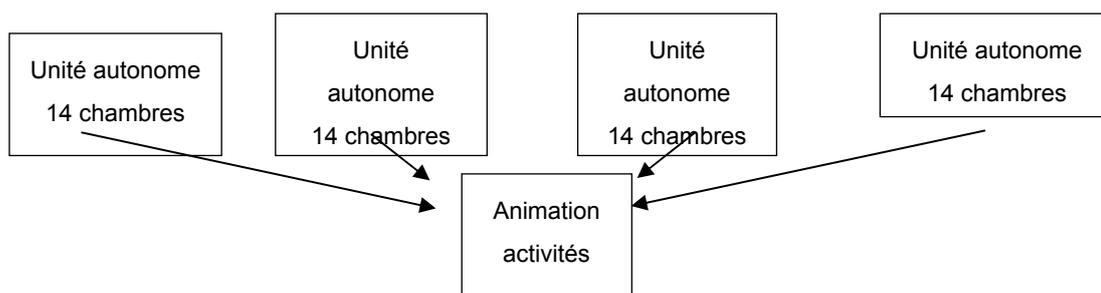
Hébergement non spécifique : 56 places dont 2 AT

quel mode d'organisation et de répartition ?

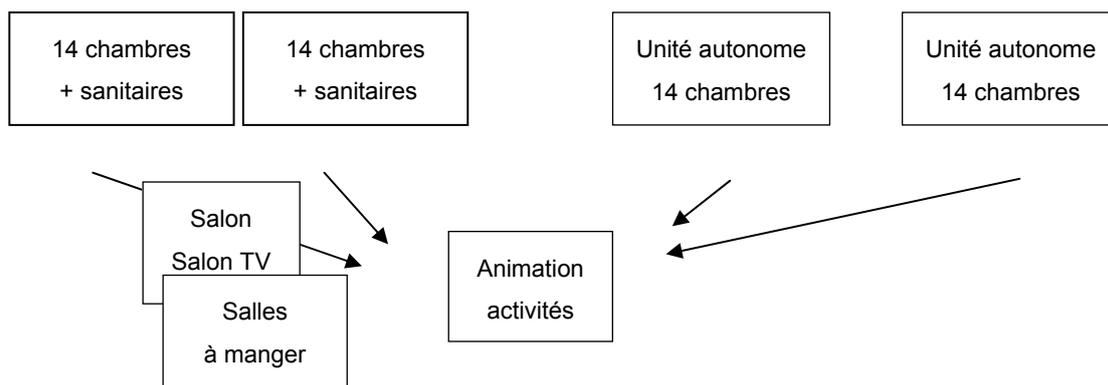
1 - secteurs d'hébergement avec locaux de vie collective partagés (2 x 28, par exemple)



2 - unités d'hébergement avec fonctionnement autonome (4 x 14, par exemple)



3 - structure mixte : 1 secteur + 2 unités évolutives (1 x 28 + 2 x 14)



- moyens en personnel, organisation sur la journée ?
- articulation avec personnel et fonctionnement PASA ?

Hébergement spécifique : 28 places dont 2T

→ répartition :

- 1 UHR de 14 places d'hébergement permanent
- 1 UHR de 12 places d'hébergement permanent + 2 AT

→ **quel mode d'organisation ?**

- 1 équipe / 2 équipes ?
- locaux mutualisés sur pôle commun ?

Pôle d'activités et de soins adaptés : 12 places

- moyens en personnel, organisation sur la journée ?
- articulation avec personnel et fonctionnement hébergement non spécifique ?

Par ailleurs, après discussion en comité de pilotage, l'idée de créer une unité évolutive de 14 places a retenu l'attention des membres du COPIL et des groupes de travail car elle pourrait constituer un lieu pour les personnes atteintes de troubles de type Alzheimer moins sévères. Cela permettrait une anticipation des besoins futurs et créerait une sorte de filière à l'intérieur même de la structure avec une idée de graduation dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Lors de la dernière réunion du comité de pilotage, j'ai proposé un schéma architectural ayant pour vocation de synthétiser les différentes réflexions sans présumer de ce pourrait être la future architecture. L'annexe 4 montre l'organisation du rez de jardin et de l'étage qui a tenu compte des observations faites en groupe de travail :

- Le bâtiment pourrait être construit avec un niveau -1, un rez de jardin, et un étage
 - Le niveau -1 comporterait la cuisine centrale, la blanchisserie, l'atelier, le service mortuaire pouvant accueillir 3 corps à la fois (le couloir d'accès ne devant pas passer devant la cuisine et la blanchisserie !), 1 lieu de culte à proximité, 1 garage pouvant contenir 3 véhicules, 1 local poubelle, un quai de déchargement, 1 lieu de stockage du matériel et des produits d'entretien, les vestiaires du personnel
 - Le rez de jardin serait occupé par 2 UHR (dont 1 avec 2 AT) avec un espace collectif chacun, et une unité pour résidents Alzheimer modérés de 14 lits pouvant évoluer plus tard en UHR (soit au total 42 résidents, ce qui équilibre avec l'étage). Le PASA serait situé aussi en rez de jardin, il comprendrait un espace cuisine comme cela est indiqué dans le cahier des charges de la circulaire ; cela permettrait en même temps d'installer l'atelier cuisine thérapeutique (il pourrait servir plus tard d'espace collectif d'un UHR si la population évoluait). La salle d'animation serait située au rez de jardin pour permettre aux résidents de l'étage de faire la démarche de descendre pour ne pas concentrer toute l'activité sur le même lieu (l'étage) ; un bureau fermé serait situé à côté et un bureau vitré est situé à l'intérieur de la grande salle d'animation. Enfin, l'administration ainsi que la salle de réunion (40 m²) serait concentrées en rez de jardin
 - Au niveau de l'étage, on retrouverait 3 secteurs d'hébergement classiques (dont 1 avec 2 accueils temporaires). La salle à manger serait située à l'étage pour éviter les déplacements incessants avec l'ascenseur ; dans la salle à manger se trouve également la salle à manger du personnel pour « amener un peu de vie ». Par ailleurs, le salon, la salle de maintien en forme et espace kiné, le salon esthétique, le salon de coiffure et la salle des familles ont été situés sur cet étage pour équilibrer les activités avec le rez de jardin. Enfin, un pôle comprenant : l'infirmerie/soins (avec un espace rangement pansement et pharmacie), le bureau médical, la salle de relève serait placée non loin des unités selon de souhait des équipes. Un local ménage pourrait également être aménagé ainsi qu'un lieu de stockage des chariots de linges sales de l'étage. Au sein de chaque unité (rez de jardin et étage), un local de rangement (notamment linge propre) serait aménagé.

Ce schéma a ainsi facilité la compréhension globale du projet pour les agents. Il a également permis de définir une position collective à partir des représentations que chacun avait de son travail.

Les réunions du COPIL et des groupes de travail ont été faites dans un esprit positif. Les participants ont globalement adhéré à la démarche et ont participé activement au processus de décisions. Les agents ont montré un véritable intérêt pour le projet. Même si les relais (notamment avec le troisième cercle) ne se sont pas toujours bien faits, la communication a quand même pu se faire au travers des comptes rendus effectués en relève ou lors de réunions.

Cependant, les travaux ont une nouvelle fois mis en évidence les difficultés des personnels à penser l'articulation entre chaque métier et à avoir une vision globale de l'établissement. Les clivages entre personnels soignants et l'animation sont encore apparus. La vision de l'animation par exemple, au sein de l'EHPAD est vraiment différente selon les corps de métiers et le positionnement des lieux d'animation notamment a fait débat. Globalement, on peut dire que les personnels soignants ont tendance à se réfugier dans « le soin » qui offre un cadre technique plus rassurant que l'aspect relationnel de la prise en charge. On est encore loin d'avoir une vision commune et un socle de valeurs partagées. Le travail sur le projet d'établissement à partir de septembre 2009, devrait permettre de revoir ces difficultés.

3-3-2 Le plan de financement, le programme d'investissement et les coûts prévisionnels du projet

A l'aide des éléments de synthèse recueillis lors des travaux de groupes, le consultant a pu faire une estimation financière prévisionnelle, à l'aide de ratios (coût par lit par exemple) exigés par les Autorités de Tarification ([annexe 5](#)).

Ce document nous a permis d'élaborer un plan de financement global servant de référence lors de la discussion qui aura lieu avec les Autorités de régulation.

Il s'agissait, en effet, d'être crédible dans notre approche afin de rassurer les financeurs quant à la viabilité du projet.

Un des éléments importants également apporté au dossier, a été l'engagement de la Mairie dans le dossier ; il était important d'envoyer un message fort à la DDASS et au Conseil Général qui souhaitaient un engagement des collectivités locales dans le montage financier du projet. La Mairie s'est donc engagée à prendre en charge l'acquisition du terrain (estimé à 200 000 €) et de le mettre à disposition de l'établissement sous forme de bail emphytéotique. Le plan de financement prévisionnel a été résumé de la manière suivante :

PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET

<u>Emplois</u>		<u>Ressources</u>	
Construction et architecture :	8 992 410	vente de la propriété actuelle:	1 550 000
meublier:	400 000	subvention CNSA:	600 000
		subvention Conseil Général:	500 000
		Emprunts: (70 % du projet)	6 700 000
		Fonds propres	42 410
Total:	9 392 410	Total:	9 392 410

Le souhait de l'établissement était d'estimer les besoins en financement de l'établissement notamment en vue de l'octroi de subventions du Conseil Général et de la Caisse Nationale de Solidarité et pour l'Autonomie ; l'objectif consistait à limiter l'appel à l'emprunt à 70% du coût du projet, seuil considéré généralement comme tolérable pour l'équilibre financier du projet.

Même si ces éléments financiers sont apparus tôt dans les discussions (les demandes de subventions se font en général lors de la phase APS, Avant Projet Sommaire), il était important de montrer qu'une vraie réflexion était déjà amorcée. L'annexe 5 montre l'impact que pourrait avoir le projet sur le Fonds de roulement de l'établissement dans les années à venir. Le F.R.I. reste constamment positif tout au long de la période et dans des proportions acceptables. On s'est projeté jusqu'en 2020 pour montrer qu'il y a une réelle continuité au niveau de l'impact tout en sachant que d'ici 2020, d'autres événements auront certainement modifié les données. Concernant les deux emprunts qui seront contractés, on s'est basé sur des montants réalistes mais qui feront sans doute l'objet d'une réactualisation : taux de 5 % à taux fixe et remboursement à capital constant.

Il était également essentiel de montrer que tous les éléments du dossier avaient été pris en compte et notamment l'impact du projet sur les prix de journée (hébergement, soin et dépendance).

Une étude sur les surcoûts d'exploitation a donc été menée ; cette étude a pris en compte l'impact de la nouvelle organisation sur l'enveloppe du groupe II (charges de personnels) et sur le groupe III des dépenses de fonctionnement (coûts de structure : dotation aux amortissements, charges financières) annexe 5.

Par ailleurs, l'impact sur le prix de journée à payer par les résidents (préoccupation majeure des résidents et des familles comme on l'a vu précédemment) est retracé dans l'annexe 5. On s'aperçoit que le projet tel qu'il est présenté aurait un impact de 10.14 € sur le prix de journée hébergement (6.81 € pour les personnes pouvant prétendre à l'APL (aide personnalisée au logement) ce qui n'est pas le cas actuellement. Le prix de journée payé par le résident avec le ticket modérateur dépendance serait de 56.70 € (ou 53.37 € pour les personnes bénéficiant des APL).

En ce qui concerne l'organisation du travail, il était encore difficile à ce stade de définir une organisation précise et la répartition des agents dans les unités, mais compte tenu des besoins en personnels dans les UHR, il a été décidé de demander le financement de 1.5 poste ETP⁶⁰ d'infirmière supplémentaire et de trois d'AMP. Les infirmières qui émargent en totalité sur le budget soin, pourraient occuper la fonction d'assistante en gérontologie (nouveau métier créé dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012). Les trois postes d'AMP permettraient de couvrir presque en totalité un poste supplémentaire le matin et le soir. Le choix de recruter des AMP plutôt que des Aides-soignants a été guidé par la volonté de rééquilibrer le nombre d'AMP par rapport au nombre d'Aides-soignants en donnant une orientation moins « soignante » et en favorisant l'aspect relationnel plus prégnant dans la formation initiale des AMP.

Ce travail technique a permis de montrer que le plan de financement prévisionnel et le programme d'investissement du projet de construction étaient relativement équilibrés. Avec le travail réalisé sur l'organisation et le dimensionnement des locaux, on peut dire qu'il s'agit en quelque sorte de ***l'aboutissement d'une réflexion collective*** de l'ensemble des équipes. La phase programme de l'opération, devrait permettre une définition encore plus précise des locaux.

Ce travail à l'articulation entre le projet de service et le projet architectural a en tout cas permis d'insuffler une nouvelle dynamique et de ***mobiliser les équipes vers un objectif commun et de lancer une dynamique***.

L'enjeu futur consistera à entretenir cette dynamique de groupe.

Le travail sur le projet d'établissement qui va entrer dans sa deuxième phase en septembre 2009 devrait être un élément facilitateur.

⁶⁰ ETP : équivalent temps plein

CONCLUSION

Le management par projet est une démarche qui est mise en œuvre de plus en plus fréquemment dans les établissements.

Indissociable d'une démarche participative, la gestion par projet permet un management à la fois stratégique et opérationnel car les agents sont associés au processus décisionnel et au processus de mise en œuvre des actions entreprises.

L'implication des agents dans la démarche permet une meilleure appropriation des décisions par le personnel elles sont mieux perçues, mieux comprises.

Cette démarche permet de gérer et de faciliter la conduite du changement dans les organisations.

L'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, place le changement au cœur de la vie d'une organisation. Mais bien souvent, la résistance au changement réside plus dans la manière dont il est préparé et mené que dans le changement lui-même.

Dans un secteur confronté à l'éclatement des frontières physiques, il est primordial d'explicitier les référentiels d'action, les objectifs, et de structurer son organisation en explicitant en permanence son projet, et de créer un langage commun entre les partenaires.

Le projet architectural constitue l'opportunité de replacer l'établissement au cœur de ses missions car il interroge également le projet de service.

La reconstruction d'une structure permet également de donner du sens aux actions en rendant plus lisibles les décisions et les projets. La reconfiguration des locaux impose d'autres manières de travailler moins propices à la reproduction des attitudes. Les changements seront par ailleurs facilités par le fait que les agents ont conscience des difficultés de travailler au quotidien dans des locaux inadaptés.

De plus, une nouvelle structure et un nouveau projet peuvent constituer une opportunité d'améliorer les performances économiques et sociales de l'établissement grâce à l'optimisation des moyens financiers, logistiques ou humains. Le projet architectural peut être un facteur de motivation pour le personnel en place et il peut rendre plus attractif l'établissement malgré la pénibilité reconnue des métiers qui y sont exercés.

Enfin, l'aspect technique d'une construction ne doit pas nous faire oublier l'essentiel : la qualité du service rendu à l'utilisateur. Un projet de service travaillé de manière participative avec une organisation réfléchie et des décisions prises de manière concertée permettra

un accompagnement des résidents de meilleure qualité ; cela permettra aussi d'éviter des incohérences architecturales voire même la construction de structures inadaptées à la prise en charge comme on a déjà pu le voir par le passé.

Bibliographie

Textes :

Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux

Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé

Loi du 30 juin 2004 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de la convention pluriannuelle

Circulaire du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

Charte du patient hospitalisé de 1995

Charte des droits et liberté des personnes âgées dépendantes de 1999

SROS III Rhône-Alpes (2006-2010)

Plan solidarité grand âge (2007-2012)

PRIAC (2008-2012)

Schéma gérontologique de la Loire (2008-2012)

Plan Alzheimer (2008-2012)

Ouvrages :

P. LEFEVRE *Guide de la fonction de Directeur dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2è édition, Paris, Dunod, 2003

S. WEBER *Avec le temps..., de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter*, éditions Los Solidarios, 2003

M. LAFORCADE et Ph. DUCALET *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Seli Arslam, 2è édition, 2004

F.X. SCHWEYER, G. LEVASSEUR, T. PALIKOSWSKA *Créer et piloter un réseau de santé*, éditions ENSP, nov 2005

H. MINTZBERG *Structure et dynamique des organisations*, les éditions d'organisation, Paris, 1994

M. CROZIER, E. FRIEDBERG *L'acteur et le système*, Paris, Dunod, 1977

Ph. BERNOUX *Sociologie du changement dans les entreprises*, éditions du Seuil, 2004

M. FUSTIER *La résolution des problèmes*, les éditions ESP, 1989

A. ASPIN et T. PICQ *Manager un projet pour la première fois, de l'idée à la réalisation*, Editions d'organisation, Eyrolles, mars 2007

H. SAVALL *Reconstruire l'entreprise : analyse socio-économique des conditions de travail*, Paris, Dunod, 1980

J.M. DECAUDIN et J. IGALENS *La communication interne : stratégies et techniques*, Paris, Dunod, 2006

J.P. LEHNISCH *La communication dans l'entreprise*, 5^e édition, collection Que sais-je, 2009

J.M. MIRAMON *Manager le changement dans l'action sociale*, éditions ENSP, 2001

Articles, périodiques :

Economie et statistiques n°408-409, 2008 : *Projection de population 2005-2050, vieillissement de la population en France métropolitaine*

P. SAVIGNAT, Les Cahiers de l'actif, n°350, 2005 : *Construire, formaliser et évaluer la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*

J.R. LOUBAT, Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2497, 2007, *la relation de service au sein de l'action sociale et médico-sociale*

J.M. MIRAMON, Les Cahiers de l'Actif n°314-317, *Manager le changement dans l'action sociale*

Rapports :

Rapport n°1544 au nom de la Commission des Affaires Sociales du Sénat relatif à la canicule de 2003

Rapport sur la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé, 2005

Mémoires :

Pascal ERGAND, *Le management par projet : un atout pour l'accompagnement*, EHESP, 2007

Séverine HUGUENARD, *Accompagner le changement lors d'un projet de reconstruction*, EHESP, 2007

Liste des annexes

Annexe 1 : Enquête de satisfaction et réponses aux questionnaires sur le projet architectural

Annexe 2 : Etude de la section d'investissement et du bilan financier, période 2005-2007

Annexe 3 : Plan de financement à court terme sur la période 2009-2013

Annexe 4 : Croquis architectural synthétisant les propositions des groupes de travail

Annexe 5 : Estimation financière du projet, impact du projet sur le F.R.I., sur les surcoûts de fonctionnement, sur le prix de journée

Annexe 1

Enquête de satisfaction

Et

Réponses aux questionnaires sur le projet architectural

Résultats de l'enquête de satisfaction auprès des Familles des résidents de la Maison de retraite de la Fouillouse

nombre de retours: 37

		très satisfait	satisfait	moyennT satisfait	mécontent	très mécontent	total
logement	lit, mobilier	8%	53%	33%	6%		100%
	salle d'eau	6%	24%	35%	24%	11%	100%
	équipements	6%	41%	34%	13%	6%	100%
lieu de vie	salle à manger	11%	49%	27%	8%	5%	100%
	salon et salles d'activités	5%	49%	30%	8%	8%	100%
cadre de vie	parc	8%	14%	46%	24%	8%	100%
	environnement	6%	25%	56%	8%	6%	100%
repas	menus	12%	53%	32%	3%		100%
	qualité	6%	56%	34%	3%		100%
lingerie	qualité	11%	66%	17%	6%		100%
	fréquence	13%	69%	13%	6%		100%
entretien des locaux	qualité du nettoyage	5%	43%	32%	16%	3%	100%
	fréquence	5%	43%	22%	22%	8%	100%
prestations externes	coiffeur	14%	53%	3%			100%
	pédicure	7%	59%	4%			100%
prestations internes	écoute	9%	54%	29%	9%		100%
	animation	13%	59%	22%	6%		100%
	soins	8%	56%	28%	6%		100%
activités	sorties et socialisation	8%	64%	20%	4%	4%	100%
	ateliers	8%	68%	16%	4%	4%	100%
informations	accueil, admission	23%	63%	11%	3%		100%
	affichage et communication	14%	81%	3%	3%		100%
	dialogue	11%	62%	24%		3%	100%

Annexe 1

Rencontre avec les résidents : **interviews individuelles et réunions dans le cadre de l'atelier d'écriture**

1. Comment vous sentez-vous (bien-être, confort) au sein de l'établissement ?

Globalement, on « se sent bien à la Maison de Retraite », « le personnel est gentil ».

La population a changé, « c'est plus pareil », « c'est difficile de se lier ».

2. Que pensez-vous que l'architecture actuelle de l'établissement ? Vous semble-t-elle adaptée ? Vous semble-t-il nécessaire de reconstruire ?

Le fait qu'il y ait des chambres doubles pose un problème; par ailleurs, les chambres sont trop étroites, il manque des placards ou ces derniers sont situés trop en hauteur par exemple. Les douches sont inexistantes dans certaines chambres et inadaptées dans d'autres (« ça éclabousse de partout ») les WC sont mal disposés.

Le problème des étages et des ascenseurs revient très souvent.

La salle à manger est vraiment étroite, les personnes sont serrées, cela pose des difficultés en terme de circulation pour les chariots, et des problèmes de manipulations.

Il y a également des problèmes d'insonorisation par rapport aux bruits de l'autoroute selon l'exposition de la chambre.

De plus, « La vue sur les toits n'est pas agréable ».

3. Que pensez-vous du fait que l'établissement soit délocalisé sur un autre endroit de La Fouillouse (environ 800 m du centre ville) ?

A priori, l'éloignement du centre ville ne semble pas poser de problèmes particuliers. Une délocalisation ne changerait rien en général.

Cependant cela peut poser problème actuellement au niveau du réseau de relation, de la proximité avec les personnes du village qui viennent à la Maison de Retraite ou concernant la question des relations intergénérationnels avec la crèche.

4. Craignez-vous de recevoir moins de visites de vos proches ?

Ce ne serait pas un problème pour la majorité.

5. Pensez-vous qu'une Maison de Retraite mieux agencée avec moins de niveaux, de nouveaux espaces peut vous apporter un meilleur confort au quotidien ? une meilleure convivialité ?

Une préférence se dégage pour un établissement avec 1 ou 2 étages pour des questions de sécurité, d'intimité, de vue.

6. Pensez-vous que la création d'espaces pour les personnes désorientées peut contribuer à rendre les relations plus apaisées entre les pensionnaires (question à destination des personnes non atteintes par la maladie) ?

Des espaces dédiés seraient adaptés à condition que les personnes désorientées puissent rencontrer les autres.

Il y a un problème de cohabitation actuellement au niveau de la salle à manger mais aussi au niveau des chambres, « certaines ouvrent les portes et fichent le bazar ».

Pour certains pensionnaires, il n'y a pas nécessairement de difficulté de cohabitation avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (tout dépend où elles sont situées).

Pour d'autres, c'est un souci, « il vaut mieux mettre les plus valides d'un côté ».

7. Quel(s) point(s) de l'organisation actuelle souhaiteriez-vous voir améliorer dans la nouvelle construction (petits-déjeuners, repas de midi ou du soir, toilettes, animation...)?

Les petits-déjeuners sont pris assez tardivement.

Les pensionnaires souhaitent une amélioration de la qualité des plateaux en chambre.

8. Quels types d'activités, animations souhaiteriez-vous voir se développer au sein de la nouvelle structure ?

Des questionnaires « sur la mémoire, sur les mots, les métiers... » seraient intéressants.

Un résident signale que « certaines choses actuellement n'ont pas de sens, on n'est pas des enfants ».

Des activités comme la gymnastique, le journal, les sorties (du type « connaissance du monde ») présentent un intérêt.

Un pensionnaire souhaite qu'il y ait plus de chants, de séances cinéma ou de passages de photographies.

Enfin, un résident souhaite qu'il y ait des jeux de cartes pour avoir un peu plus d'ambiance, car « c'est un peu froid », « certains pensionnaires font des têtes d'enterrement ».

9. Quel(s) point(s) de l'architecture et de l'environnement en général souhaiteriez-vous voir être améliorés dans la nouvelle construction ?

- Souhait de disposer d'un parc (plutôt ombragé), des bancs pour s'asseoir, une aire plane, avec des espaces verts, « on serait tenté de sortir un peu », « un jardin pour se promener », « un lieu pour faire de la marche ».
- Souhait d'avoir des paysages, « voir l'horizon », souhait « d'avoir un plus joli cadre de vie ».
- Souhait d'« avoir plus de calme », notamment en ce qui concerne la circulation routière (voitures, motos).
- Un établissement « plutôt de plain pied », en tout cas, « avec moins d'étages », sur un terrain plus plat, actuellement, « les extérieurs sont trop en pente », « le jardin est trop loin ».
- Conserver un terrain de pétanque.

- Amélioration du confort dans les chambres car certains résidents aspirent à rester dans leur chambre et ne souhaitent pas forcément faire des activités; avec un espace fermé pour mettre les objets de valeur, des placards mieux équipés, un réfrigérateur pour pouvoir mettre quelques denrées ou des boissons « une bouteille de Bordeaux ou un Monbazillac » quand « on reçoit la famille » ou l'été lorsqu'il fait très chaud. Souhait que tout le monde ait la douche dans les chambres. Souhait également d'avoir des télécommandes pour les rideaux électriques. Mettre un maximum de prises de courant dans les chambres. Enfin, avoir un système d'alarme performant.
- Une ou salles à manger plus fonctionnelles et « moins bruyantes »; « éviter une exposition au nord ».
- Avoir des salles indépendantes pour les animations notamment car il y a beaucoup de « brouhaha ».
- Souhait d'avoir « une salle de cinéma » ou « une salle de spectacle ».
- Disposer d'un coin bar, « d'un endroit convivial » pour recevoir la famille

10- Avez-vous des inquiétudes par rapport à ce projet ?

Des inquiétudes concernant le coût supplémentaire reviennent assez souvent.

Annexe 1

Réponses au questionnaire destiné aux familles relatif au projet de reconstruction de la Maison de Retraite de La Fouillouse

1. Avez-vous entendu parler du projet de reconstruction de l'établissement ? Si oui, par quel intermédiaire ?

Réponses : sur 37 réponses, 28 personnes (75%) ont entendu parler du projet contre 9 qui n'en ont pas entendu parler. Sur les 28 réponses positives, 24 personnes ont été mises au courant par l'intermédiaire de la Direction (réunion des familles) ou par le personnel ou lors de l'admission, 2 personnes par l'intermédiaire de leur proche résidents à la Maison de Retraite et 2 personnes par un biais extérieur.

2. Que pensez-vous de l'architecture actuelle de l'établissement ? Vous semble-t-elle adaptée ? Vous semble-t-il nécessaire de reconstruire une autre structure ?

Réponses : dans l'ensemble des réponses, environ 70% des personnes jugent la structure inadaptée et souhaitent une reconstruction de l'établissement. 3 personnes estiment que la structure est plutôt adaptée pour des personnes autonomes, 5 personnes jugent globalement la structure plutôt adaptée et 4 personnes ont du mal à juger.

Dans l'ensemble, la construction en étages et des ascenseurs pose un problème pour le personnel et les pensionnaires. Les lieux communs sont jugés trop « étroits et dispersés », peu pratiques, les escaliers sont « dangereux » ; il manque « des ouvertures sur l'extérieur », « des terrasses ». Les chambres apparaissent « trop petites », avec des placards « exigus », elles « manquent de confort » notamment concernant l'absence de douche à l'intérieur.

Enfin, la question de l'impact d'une construction nouvelle sur le prix de journée apparaît à plusieurs reprises.

3. Que pensez-vous du fait que le nouvel établissement soit délocalisé sur un autre site de La Fouillouse (terrain pressenti situé à environ 800 m du centre ville) ?

Réponses : si 19 personnes sur 37 (51 %) ne voient aucun inconvénient à une délocalisation à l'extérieur du centre ville ; 11 familles, sans être forcément contre, mettent un bémol dans leur réponse. Pour elles, il semble « dommage de quitter le centre ville qui est un lieu de vie pour les personnes âgées valides » ; un des grands avantages de la Maison de Retraite actuelle est d' « être située au cœur de village » et le centre ville sera difficile d'accès pour les personnes souhaitant « aller faire leurs courses, aller à la messe, à la bibliothèque », la localisation géographique constituant « un plus ».

Enfin, 7 familles seraient plutôt favorables à une délocalisation, pour deux raisons principales : la facilité d'accès en voiture (la question du stationnement revient assez souvent) et l'environnement paysager (parc...)

« Un service de navette pourrait être étudié pour les résidents valides souhaitant se rendre au village » dans le cas où les locaux seraient situés à l'extérieur de la ville.

4. Cela va-t-il changer vos habitudes et si oui lesquelles (déplacements, visite de vos proches...)?

Réponses : sur les 37 réponses, seules 3 familles habitant sans doute le village peuvent trouver un inconvénient pour la visite des proches. L'accessibilité sera rendue plus compliquée et par ailleurs, elles seront peut-être moins enclines à se rendre à la Maison de Retraite lorsqu'elles « font leurs courses » par exemple. Les autres familles n'y voient pas d'inconvénients particuliers.

5. Pensez-vous qu'une Maison de Retraite mieux agencée avec moins de niveaux, de nouveaux espaces peut apporter un meilleur confort au quotidien, une meilleure convivialité ?

Réponses : 30 familles sur 37 pensent que la construction va apporter une meilleure qualité de prise en charge ; certains font remarquer que le confort et la convivialité ne dépendent pas que des murs mais qu'« ils doivent être également apportés par les personnels soignants ».

Certains soulignent qu'un établissement avec moins d'étages faciliterait « les déplacements et les contacts ».

6. Pensez-vous que la création d'espaces pour les personnes désorientées (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés) peut contribuer à rendre les relations plus apaisées entre les pensionnaires ?

Réponses : 30 familles sont favorables à un espace dédié aux personnes désorientées, 5 familles ne se prononcent pas et 2 familles sont défavorables.

Parmi les arguments en faveur d'espaces particuliers, on retrouve les notions d'« angoisses », de « stress » pour les autres résidents, d'« agressivité » des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En revanche, les familles insistent pour que les personnes désorientées ne soient pas traitées comme des « pestiférées », qu'elles aient leur place et une prise en charge particulière avec « plus d'encadrement ». Il ne faut pas créer de « ghettos » et veiller à ne pas trop quadriller les espaces.

7. Pensez-vous que la nouvelle configuration des locaux peut apporter un plus au niveau des prestations hôtelières notamment la restauration ou la lingerie ?

Réponses : 19 familles ayant répondu pensent que la prestation hôtelière peut être favorisée par un meilleur agencement des locaux. 11 familles ont du mal à se prononcer et 7 familles ne pensent pas que cela améliorera les prestations.

Parmi les réponses favorables, un meilleur aménagement de la salle à manger avec un « espace restauration plus grand » ou avec « des petites salles à manger » par secteur engendrerait « moins de bruit, moins de stress et d'angoisse ». Par ailleurs, les locaux faciliteraient le travail de la lingère « qui a du mérite au sous-sol ». Enfin, des locaux plus fonctionnels entraîneraient une plus grande disponibilité du personnel.

Pour les personnes plus sceptiques sur l'amélioration des prestations, certaines pensent que « la présence de personnels supplémentaires » est plus importante, que « les nouveaux locaux ne changeront pas la prestation » si le personnel n'est pas plus en nombre. D'autres souhaitent plus « de délicatesse » de certains personnels soignants

« dans les gestes », un « rythme de toilette plus adapté » et « des toilettes plus attentives » tout en reconnaissant « le dévouement et la gentillesse du personnel ».

8. Quel(s) point(s) de l'organisation actuelle souhaiteriez-vous voir améliorer dans la nouvelle construction (petit-déjeuner, repas de midi ou du soir, toilettes, animation...)?

Réponses : les réponses sont orientées vers 2 axes principaux : la prise des repas et les toilettes.

En ce qui concerne les repas, la prise des petits déjeuners est problématique pour 10 familles qui soulignent son caractère tardif ; l'amélioration de la prise des repas (configuration des locaux, disposition des tables, amélioration des repas en chambre pour les plus dépendants...).

Une attention particulière est souhaitée pour les toilettes au niveau de la fréquence et du rythme ; un espace de douche dans chaque chambre est souhaité par bon nombre de famille. Certains souhaitent qu'il y ait « une douche par semaine minimum ».

Une famille souhaite que l'organisation permette « un respect total de la personne âgée dans sa prise en charge ».

Le souhait que le « personnel ait plus de temps pour le résident » revient dans le questionnaire.

Une meilleure accessibilité (wc, espaces communs...) est souhaitée pour les personnes en fauteuil.

Pour une personne, l'organisation du week-end peut être améliorée.

Enfin, pour une famille, l'organisation actuelle « est pas mal du tout » et souhaite féliciter le personnel.

9. Quels types d'activités souhaiteriez-vous voir se développer au sein de la nouvelle structure ?

Réponses : dans l'ensemble, les prestations délivrées actuellement « sont bien adaptées », les familles ne souhaitent « pas de changement sensible », « les programmes actuels sont intéressants » et les animations telles que « connaissance du monde, chorale, rencontre avec d'autres Maisons de Retraite, olympiades ou les activités avec la crèche sont formidables ».

Certains font remarquer qu'il faut « mieux prendre en compte les capacités et les goûts des personnes », « avoir une attention personnalisée » et « prendre en charge tous les résidents » même si une personne avoue que c'est compliqué pour le cas de sa mère, que « cela dépend de l'état physique et mental du résident ». Il convient également de « prendre en compte les caractères des personnes ».

En ce qui concerne les propositions, certaines familles prônent plus d'activités socialisantes et de loisirs comme « avoir plus de contact avec les enfants du village » pour favoriser les relations intergénérationnelles, avoir « plus de sorties » et « rompre avec l'isolement des personnes dans leur chambre ». Pour les activités physiques et à médiation corporelle, des familles préconisent l'achat d'une console de jeux du type « Wii », la pratique du « jardinage », une salle de gym pour la pratique de « la gym douce, la sophrologie ou le yoga ». Pour les activités cognitives ou culturelles, des familles souhaitent « l'installation de bornes internet », le développement de « petits espaces pour la discussion, les jeux de cartes ou de société, le travail manuel tel le crochet, le tricot ou l'écriture », des groupes de paroles; parmi d'autres propositions, on retrouve la projection de films ou de documentaires ou encore « plus de musique » ou la

« création d'une bibliothèque plus fournie » ; enfin une famille souhaite des « activités spécifiques aux personnes désorientées ».

10. Quel(s) point(s) de l'architecture et de l'environnement en général souhaiteriez-vous voir être améliorés dans la nouvelle construction ?

Réponses : un très grand nombre de réponses (21) mettent l'accent sur les aménagements extérieurs, le souhait d'avoir « plus d'espaces verts », « des plantations ou un potager », « des bancs » et des espaces « pour se promener », plus globalement, « une amélioration des espaces naturels tels que de la pelouse » et « de grandes ouvertures pour y accéder ».

En ce qui concerne la structure, beaucoup souhaitent « moins d'étages », plutôt un bâtiment « pas très haut » voire « de plain pied », peut-être en U avec une cour intérieure. L'accès devra « être facilité par un accès avec un parking ». Une famille met l'accent sur le caractère « écologique » que devra avoir la nouvelle structure. Une autre imagine une architecture où les chambres seraient disposées autour des services communs (administration, restaurant, salons...).

La question de ou des salles de restauration revient fréquemment, avec les personnes qui souhaitent une salle à manger « plus vaste » et celles qui préfèrent des salles à manger par groupe de résidents.

Pour les chambres, les familles désirent des chambres individuelles pour tous les résidents, des chambres « plus spacieuses », plus adaptée au niveau des douches, des sanitaires et des matériels ergonomiques comme « des systèmes de commandes pour les lumières, les volets » pour qu'ils soient « à portée de main ».

Enfin, « un espace réservé aux familles » est demandé à plusieurs reprises, avec « des petits salons pour s'entretenir avec les proches ».

Quelques personnes rappellent que « l'aspect humain est primordial », « que valent des nouveaux locaux si on perd cela ? » et que « le confort est surtout apporté par le personnel ».

Annexe 2

Etude de la section d'investissement et du bilan financier

Période 2005-2007

Annexe 2

LA SECTION D'INVESTISSEMENT (exercice 2007)

Présentation schématique

	emplois	ressources	
subventions d'inv	405,30		
reprise s/provision	55 572,54		
remboursement des emprunts et dettes	85 292,77	197 737,66	solde initial
cautionnement	36 469,12		
acquisition d'immobilisations	42 960,38	3 101,94	excédent affecté à l'inv.
		46 182,30	dépôts et cautionnements
		10 000,00	provisions constatées
solde final	163 357,07	127 035,28	amortissements

Comparaison des montants et ratios sur 3 exercices (2005-2007)

	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
acquisitions en matériels :	94 919,88	39 330,97	42 960,38
dotations aux amortissements des immobilisations :	131 261,07	129 703,88	127 035,28
remboursement en capital des emprunts :	73 679,35	79 206,55	85 292,77
ratio de remboursement en capital des emprunts : (remboursement en capital des emprunts/ dotation aux amortissements)	56%	61%	67%

Annexe 2

LES INDICATEURS DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT

*** le solde de la section d'investissement:**

le solde initial et le solde final > 0

*** la dotation aux amortissements:**

$$\frac{\text{dotation aux amortissement année N}}{\text{dotation aux amortissement année N-1}}$$

$$\frac{127\ 050,75}{129\ 703,88}$$

0,98

norme > 1

*** remboursement en capital des emprunts**

$$\frac{\text{remboursement en capital des emprunts}}{\text{dotation aux amortissements}}$$

$$\frac{85\ 292,77}{127\ 035,28}$$

67%

norme < 50%

Exercice 2007

Annexe 2

Représentation schématique du bilan 2007

Valeur des immobilisations nettes: 1 604 023.70	Fonds propres : 1 162 945.91
	Fonds empruntés : 533 333.77
	Réserves de trés, compens, résultat, RAN: 289 570.28
Fonds de roulement d'investissement: 92 255.98	
Fonds de roulement d'exploitation: 289 570.28	
Actif circulant: 166 290.67	Dettes cycliques: 196 220.05
Excédent de financement d'exploitation: 29 929.38	
Disponibilités: 412 353.95	Financement à court terme: 598.31
	Trésorerie nette: 411 755.64

Annexe 2

BILAN FINANCIER (2005-2007)							
BIENS	2005	2006	2007	FINANCEMENTS	2005	2006	2007
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles nettes	4 324,74	4 324,74	4 324,74	Apports ou fonds associatifs	978 463,64	978 463,66	978 463,66
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes	1 074,53	1 074,53	1 074,53
- Terrains	162 889,73	162 889,73	162 889,73	Excédents affectés à l'investissement	59 060,70	70 007,90	73 109,84
- Constructions	2 230 430,73	2 230 430,73	2 230 430,73	Subventions d'investissements	3 242,40	2 837,10	2 431,80
- Installations, matériels et outillages techniques	444 976,92	405 361,02	415 195,93	Réserve de compensation des charges d'amortiss.			
- Autres immobilisations corporelles	444 895,59	470 587,37	503 712,84	Provisions règlementées pour renouvelIT d'immo.			
Immobilisations en cours				Emprunts - dettes financières	697 833,11	618 626,54	533 333,77
Immobilisations financières				Dépôts et cautionnements	92 764,51	98 152,90	107 866,08
Charges à répartir				Amortissements des immobilisations			
Autres				- Constructions	819 255,02	867 758,90	925 723,20
Comptes de liaison investissement				- Installations, matériels et outillages techniques	317 231,02	305 277,78	338 420,23
TOTAL II	3 287 818	3 273 594	3 316 554	- Autres immobilisations corporelles	372 560,16	412 458,31	448 386,84
FONDS DE ROULEMENT D' INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)				Autres			
Actifs stables d'exploitation				Comptes de liaison investissement			
Report à nouveau déficitaire				TOTAL I	3 341 485	3 354 658	3 408 810
Résultat déficitaire				FONDS DE ROULEMENT D' INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	53 967	81 064	92 256
Autres				Financements stables d'exploitation			
Comptes de liaison trésorerie (stable)				Excédents et prov. Affectées à la couverture du BFR	24 056,46	24 056,46	24 056,46
TOTAL IV				Réserve de compensation des déficits	459,72	125 532,86	126 434,54
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)				Résultat excédentaire	21 885,16	6 831,67	60 509,97
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF				Report à nouveau excédentaire affecté à :			
Valeurs d'exploitation				- réduction des charges d'exploitation	118 795,35	4 640,17	7 468,22
Stocks				- financement de mesures d'exploitation			
Avances et acomptes versés				Provisions pour risques et charges	61 101,09	116 673,63	71 101,09
Organismes payeurs, usagers				Autres			
Autres tiers payants		3 303,16	34 447,76	Comptes de liaison trésorerie (stable)			
Créances diverses d'exploitation	133 657,33	186 481,31	126 430,80	TOTAL III	226 278	277 735	289 570
Créances irrécouvrables en non-valeur				FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)	226 278	277 735	289 570
Charges constatées d'avance				FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	280 245	358 799	381 826
Autres créances diverses		16 638,71	4 536,20	Dettes d'exploitation			
Comptes de liaison exploitation			875,91	Avances reçues			
TOTAL VI	133 657	206 423	166 291	Fournisseurs d'exploitation	38 772,89	41 569,94	22 327,25
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)		18 761		Dettes sociales	83 500,00	72 698,58	75 000,00
Liquidités				Dettes fiscales			
Valeurs mobilières de placement				Dettes diverses d'exploitation			87 129,27
Disponibilités	314 234,13	340 037,51	412 353,95	Provisions pour dépréciation			
Autres				Produits constatés d'avance			
Comptes de liaison trésorerie				Ressources à reverser à l'aide sociale			0,05
TOTAL VIII	314 234	340 038	412 354	Fonds déposés par les résidents			
TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)	312 963	340 038	411 756	Autres	25 508,43	73 393,35	
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	3 735 409	3 820 054	3 895 199	Comptes de liaison exploitation	18 593,88		11 763,48
				TOTAL V	166 375	187 662	196 220
				EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)	32 718		29 929
				Financements à court terme			
				Fournisseurs d'immobilisations	1 271,10		598,31
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				TOTAL VII	1 271		598
				TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)			
				TOTAL DES FINANCEMENTS (II+IV+VI+VIII)	3 735 409	3 820 054	3 895 199

Annexe 2

Calcul des ratios d'analyse de la structure financière 2007	
* le ratio de vétusté global des immobilisations techniques	
	$\frac{\text{amortissement des immobilisations techniques}}{\text{valeur brute des immobilisations techniques}}$
	$\frac{751\,201,58}{918\,908,77}$
	82%
	norme [40;60 %]
* le ratio d'autonomie financière	
	$\frac{\text{fonds propres}}{\text{fonds empruntés}}$
	$\frac{1\,055\,079,83}{533\,333,77}$
	1,98
	norme > 1
* le ratio d'apurement de la dette	
	$\frac{\text{immobilisations nettes amortissables}}{\text{emprunts}}$
	$\frac{1\,489\,743,58}{533\,333,77}$
	2,79
	norme > 2
* le ratio de réserve de trésorerie	
	$\frac{\text{réserve de trésorerie} \times 365 \text{ jours}}{\text{recettes d'activité}}$
	$\frac{8\,780\,607,90}{2\,065\,727,07}$
	4 jours
	norme [30 à 60 jours]

Annexe 2

* le ratio de F.R.N.G en jours de recettes

$$\frac{\text{F.R.N.G.} \times 365 \text{ jours}}{\text{recettes d'activité}}$$

$$\frac{381\,826,26 \times 365}{2\,065\,727,07}$$

67 jours

norme [30 à 60 jours]

* le ratio de F.R.N.G ramené un ratio relatif de bas de bilan

$$\frac{\text{F.R.N.G} \times 100}{\text{Valeurs d'exploitation (créances+stocks)}}$$

$$\frac{381826,26 \times 100}{160\,878,56}$$

137,34%

norme > 60 %

* le ratio de délai redevables(usagers)

$$\frac{\text{créances} \times 365 \text{ jours}}{\text{recettes d'activité}}$$

$$\frac{160\,878,56 \times 365 \text{ jours}}{2\,065\,727,07}$$

28 jours

norme [30 à 60 jours]

* le ratio de paiement fournisseurs

$$\frac{\text{fournisseurs d'exploitation} \times 365 \text{ jours}}{\text{achats} + \text{services extérieurs}}$$

$$\frac{22\,327,25 \times 365 \text{ jours}}{628\,323,82}$$

13 jours

norme [30 à 60 jours]

Annexe 2

Comparaison des montants et ratios sur 3 exercices (2005-2007)

	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007	évolution 2005-2007	%age
ratio d'autonomie financière :	1,49	1,70	1,98		
ratio de vétusté des immobilisations techniques :	75%	78%	82%		
ratio d'apurement de la dette :	2,38	2,54	2,79		
Valeurs immobilisées nettes :	1 778 471,51	1 688 098,60	1 604 023,70	-174 447,81	-9,81%
Fonds propres :	1 041 841,27	1 052 383,19	1 055 079,83	13 238,56	1,27%
Fonds empruntés :	697 833,11	618 626,54	533 333,77	-164 499,34	-23,57%
Fonds de roulement d'investissement:	53 967,38	81 064,03	92 255,98	38 288,60	70,95%
Fonds de roulement d'exploitation:	226 277,78	277 734,79	289 570,28	63 292,50	27,97%
Besoin en fonds de roulement:	-32 717,87	18 761,31	-29 929,38		
Trésorerie nette:	312 963,03	340 037,51	411 755,64	98 792,61	31,57%

Annexe 3

Plan de financement à court terme sur la période 2009-2013

Annexe 3

PLAN DE FINANCEMENT 2009-2013 (hors projet de construction)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)						
RESSOURCES						
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)						
Provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût hébergement)	20 800,00	27 285,00	35 836,00	55 313,00	63 653,00	70 002,00
Provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût soin)	00 800,00	15 684,00	15 584,00	15 684,00	15 584,00	16 313,00
Provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût dépendance)	11 000,00					
Subventions d'équipement						
Excédents affectés à l'investissement	58 673,02					
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital						
Emprunts						
Dépôts et cautionnements	37 686,64					
Amortissements en cours des acquisitions antérieures au plan	103 704,28	126 332,73	117 100,23	98 351,26	91 215,92	42 687,74
Amortissements des acquisitions du plan (hypothèse d'un amortissement sur 5 ans)			8 000,00	16 000,00	24 000,00	32 000,00
Provisions pour dépréciation des immobilisations						
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices						
Comptes de liaison investissement						
Total des ressources = A	322 943,94	169 201,73	176 620,23	185 248,26	194 452,92	161 002,74
EMPLOIS						
Subventions d'équipement inscrites au compte de résultat	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30
Quote part subvention CNSA						
Remboursement des emprunts antérieurs	91 159,44	97 944,08	102 949,95	111 587,99	85 004,83	40 114,07
Remboursement des emprunts du plan						
Dépôts et cautionnements	46 958,62					
Investissements prévus au plan	62 581,66	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00
Immobilisations financières - prêts, cautionnements..						
Charges à répartir sur plusieurs exercices						
Comptes de liaison investissement						
Total des emplois = B	201 105,02	138 349,38	143 355,25	151 993,29	125 410,13	80 519,37
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C						
	121 838,92	30 852,35	33 264,98	33 254,97	69 042,79	80 483,37
FRI INITIAL = D						
	92 255,99	214 094,91	244 947,26	278 212,24	311 467,21	380 510,00
FRI CUMULE = D + C = E						
	214 694,91	244 947,26	278 212,24	311 467,21	380 510,00	460 993,37
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)						
RESSOURCES						
Affectation du résultat (ou dotation) à la réserve de trésorerie						
Affectation du résultat à la réserve de compensation						
Affectation du résultat au financement de mesures d'exploitation						
Dotations aux provisions pour risques et charges						
Reprise des déficits d'exploitation						
résultat excédentaire						
Comptes de liaison trésorerie						
Total des ressources d'exploitation = F						
EMPLOIS						
Reprise sur les réserves de trésorerie						
Reprise sur la réserve de compensation						
Reprise sur financement des mesures d'exploitation						
Reprise sur provisions pour risques et charges						
Reprise des excédents d'exploitation						
Comptes de liaison trésorerie						
Total des emplois d'exploitation = G						
VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H						
FRE INITIAL = I						
	289 570,28					
FRE CUMULE = I + H = J						
	289 570,28					
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)						
	503 685,19	534 917,54	567 782,52	601 037,49	670 080,28	750 683,65

Annexe 3

GESTION PLURIANNUELLE DE LA SECTION D'INVESTISSEMENT 2009-2013 (hors projet de construction)						
RECETTES	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EXCEDENTS AFFECTES A L'INVESTISSEMENT	56 973,02					
PROVISIONS REGLEMENTEES POUR RENOUELEMENT DES IMMOBILISATIONS (surcoûts hébergement)	20 800,00	27 285,00	35 936,00	55 313,00	63 653,00	70 002,00
PROVISIONS REGLEMENTEES POUR RENOUELEMENT DES IMMOBILISATIONS (surcoûts soins)	90 800,00	15 584,00	15 584,00	15 584,00	15 584,00	16 313,00
PROVISIONS REGLEMENTEES POUR RENOUELEMENT DES IMMOBILISATIONS (surcoûts dépendance)	11 000,00					
PROVISIONS						
SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT						
DEPOTS ET CAUTIONNEMENTS	37 686,64					
AMORTISSEMENTS EN COURS (jusqu'aux acquisitions 2008 hors construction)	56 422,35	40 291,56	31 059,05	13 629,94	7 294,22	3 626,44
AMORTISSEMENTS EN COURS construction 1979	3 895,13	3 895,13	3 895,13	3 895,13	3 895,13	
AMORTISSEMENTS EN COURS rénovations 1992	20 115,70	20 115,70	20 115,70	20 115,70	20 115,70	
AMORTISSEMENTS EN COURS rénovations 1994	14 248,14	14 248,14	14 248,14	14 248,14	14 248,14	
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2007	9 022,96	9 022,96	9 022,97	7 747,63	7 747,63	944,20
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2008		13 280,22	13 280,22	13 235,70	12 436,06	12 436,06
AMORTISSEMENTS SUPPL. LIES A LA MODIFICATION DE LA DUREE DE LA CONSTRUCTION		25 479,02	25 479,02	25 479,02	25 479,02	25 479,02
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2009 (sur 5 ans)			8 000,00	8 000,00	8 000,00	8 000,00
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2010 (sur 5 ans)				8 000,00	8 000,00	8 000,00
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2011 (sur 5 ans)					8 000,00	8 000,00
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2012 (sur 5 ans)						8 000,00
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2013 (sur 5 ans)						8 000,00
AMORTISSEMENT ACQUISITIONS 2014 (sur 5 ans)						8 000,00
TOTAL RECETTES	322 943,94	169 201,73	176 620,23	185 248,26	194 452,82	161 092,74
EXCEDENT N-1 REPORTE	163 357,07	285 195,99	316 048,34	349 313,32	382 568,29	451 611,08
TOTAUX EGAUX DEPENSES/RECETTES	486 301,01	454 397,72	492 668,57	534 561,58	577 021,21	612 613,82
DEPENSES	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SUBVENTION D'INVESTISSEMENT	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30
REPRISE DE PROVISIONS						
REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS EN COURS	91 158,44	97 944,06	102 949,95	111 587,99	85 004,83	40 114,07
DEPOTS ET CAUTIONNEMENTS	48 958,62					
ACQUISITIONS DIVERSES 2007						
ACQUISITIONS DIVERSES 2008	62 561,66					
ACQUISITIONS DIVERSES 2009		40 000,00				
ACQUISITIONS DIVERSES 2010			40 000,00			
ACQUISITIONS DIVERSES 2011				40 000,00		
ACQUISITIONS DIVERSES 2012					40 000,00	
ACQUISITIONS DIVERSES 2013						40 000,00
ACQUISITIONS DIVERSES 2014						
ACQUISITIONS DIVERSES 2015						
TOTAL DEPENSES	201 106,02	138 349,38	143 355,25	151 993,29	125 410,13	80 519,37
SOLDE DISPONIBLE	285 195,99	316 048,34	349 313,32	382 568,29	451 611,08	532 094,45
dont						
provisions risques et charges	71 101,09					
Fonds de Roulement d'investissement	214 094,90	244 947,25	278 212,23	311 467,20	380 509,99	460 993,36
TOTAUX EGAUX DEPENSES/RECETTES	486 301,01	454 397,72	492 668,57	534 561,58	577 021,21	612 613,82

Annexe 3

TABEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION HEBERGEMENT (hors projet de construction)					
	2009	2010	2011	2012	2013
Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III					
<i>amortissements au budget exécutoire 2008</i>	128 554.83				
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan (2006)	84 507	75 793	57 088	50 753	41 213
Amortissements antérieurs supplém. liés à la modification de la durée d'amortiss de la construction	25 479	25 479	25 479	25 479	25 479
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2008	13 280	13 280	13 236	12 436	12 436
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2009		8 000	8 000	8 000	8 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2010			8 000	8 000	8 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2011				8 000	8 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2012					8 000
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-5 289	-8 003	-16 752	-16 887	-17 427
<i>Frais financiers au budget exécutoire 2008</i>	54 048.75				
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan (2008) } B	32 053	24 116	15 487	6 283	1 474
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	-21 896	-29 933	-38 861	-47 766	-52 676
TOTAL SURCOUT FRAIS FINANCIERS+AMORTISSEMENTS	-27 285	-35 936	-55 313	-63 653	-70 002
Surcoûts ou économies sur le GROUPE I					
Charges afférentes à l'exploitation courante					
achats					
services extérieurs					
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE I :	0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE II					
Charges afférentes au personnel					
rémunération du personnel					
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE II :	0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE III					
Autres charges afférentes à la structure					
(hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)					
maintenance des installations					
prime d'assurance					
divers					
frais de réparation liés à la vétusté des locaux					
frais de réparation liés à la vétusté du matériel					
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE III :	0	0	0	0	0
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES	<i>calculés pour chaque</i>				
<i>année par rapport à l'année précédant la première année du plan</i>	-27 285	-35 936	-55 313	-63 653	-70 002

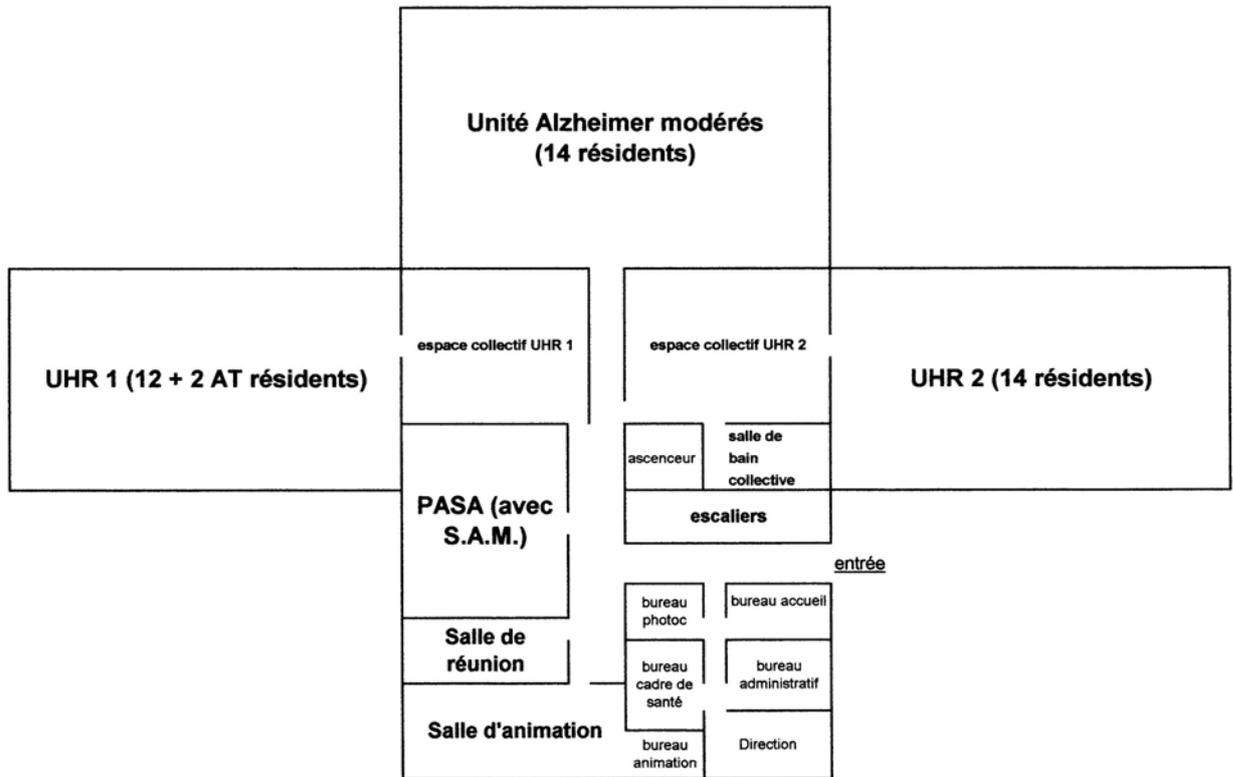
Annexe 3

ANNEXE 10: MODELE DE TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION SOINS						
		2009	2010	2011	2012	2013
Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III						
amortissements au budget exécutoire 2008		18 132				
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	}	2 548	2 548	2 548	2 548	1 819
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2008						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2009						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2010						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2011						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2012						
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)		-15 584	-15 584	-15 584	-15 584	-16 313
Frais financiers au budget exécutoire 2008						
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan (2008)	}	B				
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)		0	0	0	0	0
TOTAL SURCOUT FRAIS FINANCIERS+AMORTISSEMENTS		-15 584	-15 584	-15 584	-15 584	-16 313
Surcoûts ou économies sur le GROUPE I						
Charges afférentes à l'exploitation courante						
achats						
services extérieurs						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE I :		0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE II						
Charges afférentes au personnel						
rémunération du personnel						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE II :		0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE III						
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)						
maintenance des installations						
prime d'assurance						
divers						
frais de réparation liés à la vétusté des locaux						
frais de réparation liés à la vétusté du matériel						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE III :		0	0	0	0	0
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES		calculés pour chaque				
année par rapport à l'année précédant la première année du plan		-15 584	-15 584	-15 584	-15 584	-16 313

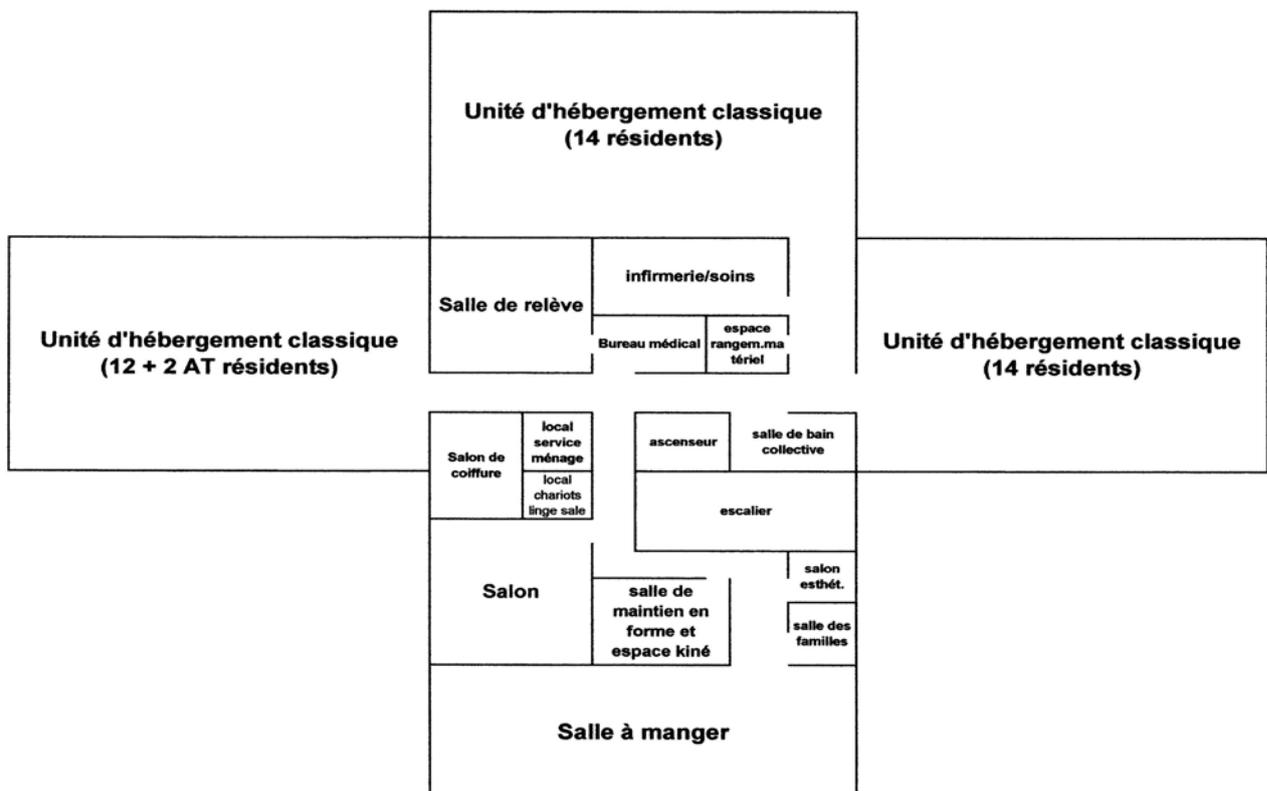
Annexe 4

Croquis architectural synthétisant les propositions des groupes de travail

Annexe 4 : Rez-de-jardin



Annexe 4 : 1^{er} Etage



Annexe 5

Estimation financière du projet par le consultant
Impact du projet architectural sur le Fonds de Roulement
d'Investissements
Surcoûts de fonctionnement
Impact sur le prix de journée

Estimation du coût prévisionnel de l'opération

80 places

	Surface Dans Œuvre de référence		4 796,0 m²
	<i>EHPAD "classique"</i>	55,0 m ² /rés. 52 places	2 860,0 m ²
	<i>Unités Alzheimer UHR</i>	62,0 m ² /rés. 28 places	1 736,0 m ²
	<i>Activités de jour PASA</i>	20,0 m ² /rés. 10 places	200,0 m ²
	<i>Budget travaux et vrd hors plus-values</i>	1 350 €/m ² SDO	6 474 600 €
	<i>Equipements cuisine centrale et buanderie</i>	(180 à 200 repas/jour)	140 000 €
	<i>Equipements buanderie</i>	(350 kg/jour)	60 000 €
	<i>Rails de transfert motorisés</i>		70 000 €
	TOTAL Travaux, VRD		6 744 600 €
	ALEAS, IMPREVUS, RACCORDEMENTS	3,0% minimum	202 338 €
HONORAIRES & FRAIS	MOE (Base + EXE + CSSI / complex. = 1)	10,2%	687 949 €
	AMO phase pré-opérationnelle (ATIS)	forfait	16 400 €
	AMO phase opérationnelle (PTD à livraison)	2,5%	168 615 €
	OPC	1,0%	67 446 €
	Contrôle Technique	0,5%	33 723 €
	Coordination SPS	forfait	12 000 €
	Indemnités concours MOE ESQ-préAPS (x 2)	forfait	66 000 €
	Analyse concours (économiste)	forfait	8 000 €
	Etudes de géomètre	forfait	8 000 €
	Etudes géotechniques	forfait	12 000 €
	Frais consultation (publ., tirages, etc.)	forfait	10 000 €
	Frais divers	forfait	10 000 €
	TOTAL Honoraires et Frais		1 100 133 €
	ASSURANCE Dommages-Ouvrage	1,2%	94 047 €
TOTAL TDC HT			8 141 118 €
	TVA	5,5%	447 761 €
TOTAL TDC TTC - valeur mois M0			8 588 880 €
	Budget actualisation sur 3 ans	7,5%	603 530 €
TOTAL TDC TTC - valeur fin d'opération (M0 + 36)			9 192 410 €
	TERRAIN		300 000 €
TOTAL OPERATION IMMOBILIERE Terrain compris			9 492 410 €
Ratios	Coût TTC par lit (hors foncier)	valeur m0 à terminaison	107 361 € 114 905 €
	Coût TTC par lit (foncier compris)	valeur m0 à terminaison	111 111 € 118 655 €

PLAN DE FINANCEMENT 2009-2020

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PLAN DE FINANCEMENT 2009-2020													
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)													
RESSOURCES													
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)													
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût hébergement)	20 800,00	27 625,00	36 277,00	55 654,00	63 994,00	70 343,00							
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût soin)	90 800,00	15 660,00	15 660,00	15 660,00	15 660,00	16 390,00							
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (surcoût dépendance)	11 000,00	3 029,00	3 547,00	3 547,00	3 547,00	3 547,00							
Réserves des plus-values nettes (vente du bâti existant)						616 000,00							
Subventions d'investissement CHSA (800 000)				180 000,00	180 000,00	280 000,00							
Subventions d'investissement CG				180 000,00	180 000,00	180 000,00							
Emprunt n°1 lié à la construction				3 200 000,00									
Emprunt n°2 lié à la construction					3 600 000,00								
Excédents affectés à l'investissement	58 973,02												
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital													
Emprunts													
Dépôts et cautionnements	37 666,64												
Amortissements en cours des acquisitions antérieures	103 704,28	125 915,43	116 682,93	97 933,96	90 798,62	80 529,37	4 772,69	3878,85	3878,85	3218,35	2137,74	2137,74	
Amortissements des acquisitions diverses du plan			8 000,00	16 000,00	24 000,00	32 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00
sortie du bâtiment ancien de l'actif immobilisé (cpté 213-cpte 2813) VNC						920 000,00							
Amortissement des équipements de la nouvelle construction (sur 20 ans)							20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00
Amortissement de la nouvelle construction et études architecturales (sur 40 ans)							224 810,25	224 810,25	224 810,25	224 810,25	224 810,25	224 810,25	224 810,25
Provisions pour dépréciation des immobilisations													
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices													
Comptes de liaison investissement													
Total des ressources = A	322 943,94	172 229,43	180 186,93	3 706 794,96	4 017 999,62	2 197 809,37	289 582,94	288 689,10	288 689,10	288 026,60	286 947,99	286 947,99	284 810,25
EMPLOIS													
Subventions d'équipement inscrites au compte de résultat	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30	405,30							
Subvention d'investissement liée à la construction (CHSA)							66 000,00	66 000,00	60 000,00	70 000,00	60 000,00	63 000,00	42 000,00
Subvention d'investissement liée à la construction (CG)							33 333,33	33 333,33	33 333,33	33 333,33	33 333,33	33 333,33	33 333,33
Remboursement des emprunts antérieurs	91 159,44	97 944,08	102 949,95	111 587,99	85 004,83	40 114,07	4 573,48						
Remboursement emprunt N°1 lié à la construction							80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00	80 000,00
Remboursement emprunt N°2 lié à la construction							87 500,00	87 500,00	87 500,00	87 500,00	87 500,00	87 500,00	87 500,00
Reprise sur provisions réglementées							27 488,00	27 488,00	27 488,00	27 488,00	27 488,00	27 488,00	27 488,00
Dépôts et cautionnements	46 958,62												
Investissements courants	62 581,66	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00
achat du terrain pour la construction													
Construction et études architecturales				3 000 000,00	3 000 000,00	2 992 410,00							
acquisition du mobilier pour la nouvelle structure						400 000,00							
Immobilisations financières - prêts, cautionnements.													
Charges à répartir sur plusieurs exercices													
Comptes de liaison investissement													
Total des emplois = B	201 105,02	138 349,38	143 356,25	3 151 993,28	3 125 410,13	3 472 929,37	367 875,81	353 302,33	348 302,33	338 302,33	328 302,33	321 302,33	310 302,33
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	121 838,92	33 880,05	36 811,68	556 801,67	892 589,49	-1 275 120,00	-78 292,87	-64 613,23	-69 613,23	-50 273,73	-41 354,34	-34 354,34	-25 492,08
FRI INITIAL = D	92 265,99	214 094,91	247 974,96	284 786,64	841 588,31	1 734 177,80	459 057,80	380 764,93	316 151,70	256 538,47	206 264,74	164 910,40	130 556,06
FRI CURALE = D + C = E	214 094,91	247 974,96	284 786,64	841 588,31	1 734 177,80	489 057,80	380 764,93	316 151,70	256 538,47	206 264,74	164 910,40	130 556,06	105 063,98

TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION HEBERGEMENT

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III																		
amortissements au budget exécutoire 2008	129 664,83																	
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	86 325	77 011	58 907	52 571	43 032	4 773	3 876	3 879	3 218	2 138	2 185							
Amortissements antérieurs supplém. liés à la modification de la durée d'amortiss. de la construction	25 479	25 479	25 479	25 479	25 476													
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2008	11 121	11 121	11 076	10 277	10 277													
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2009		6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000											
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2010			6 000	6 000	6 000	6 000	6 000											
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2011				6 000	6 000	6 000	6 000	6 000										
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2012					6 000	6 000	6 000	6 000	6 000									
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2013						6 000	6 000	6 000	6 000	6 000								
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2014							6 000	6 000	6 000	6 000	6 000							
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2015								6 000	6 000	6 000	6 000	6 000						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2016									6 000	6 000	6 000	6 000	6 000					
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2017										6 000	6 000	6 000	6 000	6 000				
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2018											6 000	6 000	6 000	6 000	6 000			
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2019												6 000	6 000	6 000	6 000	6 000		
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2020													6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2021														6 000	6 000	6 000	6 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2022															6 000	6 000	6 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2023																6 000	6 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2024																	6 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2025																		6 000
Amortissement de la nouvelle construction						224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810	224 810
Amortissement mobilier de la nouvelle construction						15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-6 630	-8 344	-21 083	-22 228	-25 768	146 028	145 134	145 134	144 474	143 383	143 440	141 295	141 295	141 295	141 295	141 295	141 295	
Frais financiers au budget exécutoire 2008																		
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan	54 048,76																	
Frais financiers liés à l'emprunt n°1	32 053	24 116	15 487	8 263	1 474		160 000	156 000	152 000	148 000	144 000	140 000	136 000	132 000	128 000	124 000	120 000	116 000
Frais financiers liés à l'emprunt n°2							175 000	170 825	166 250	161 875	157 500	153 125	148 750	144 375	140 000	135 625	131 250	126 875
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	-21 996	-29 933	-38 961	-47 766	-52 576	280 951	272 576	264 201	255 826	247 451	239 076	230 701	222 326	213 951	205 576	197 201	188 826	
TOTAL SURCOUTS FRAIS FINANCIERS+AMORTISSEMENTS	-27 626	-38 277	-60 044	-69 994	-78 343	426 979	417 710	409 335	400 300	390 844	382 816	371 966	363 681	355 208	346 831	338 466	330 081	
Surcoûts ou économies sur le GROUPE I																		
Charges afférentes à l'exploitation courante																		
achats																		
services extérieurs																		
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE I :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Surcoûts ou économies sur le GROUPE II																		
Charges afférentes au personnel																		
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE II :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Surcoûts ou économies sur le GROUPE III																		
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)																		
location bail terrain						5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	
maintenance des installations																		
prime d'assurance																		
Quote part subvention CHSA						-85 000	-85 000	-80 000	-70 000	-60 000	-53 000	-42 000	-32 000	-22 000	-15 000	-8 000	-11 000	
Quote part subvention CG						-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	-33 333	
Reprise provisions réglementées						-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	-27 489	
frais de réparation liés à la vétusté des locaux						-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	-7 000	
frais de réparation liés à la vétusté du matériel																		
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE III :	0	0	0	0	0	-157 803	-147 803	-142 803	-132 803	-122 803	-115 803	-104 803	-94 803	-84 803	-77 803	-70 333	-66 333	
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES	-27 625	-38 277	-59 654	-69 994	-78 343	269 176	269 908	266 533	267 497	268 042	266 714	267 154	268 779	270 404	269 029	268 123	263 748	
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan																		

Annexe 5

TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION DEPENDANCE									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018
Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III									
amortissements au budget exécutoire 2008	3647.43								
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	518								
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2008									
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2009									
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2010									
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2011									
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2012									
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-3 029	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547
Frais financiers au budget exécutoire 2008									
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan (2008)	B								
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL SURCOUT FRAIS FINANCIERS+AMORTISSEMENTS	-3 029	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547	-3 547
Surcoûts ou économies sur le GROUPE I									
Charges afférentes à l'exploitation courante									
achats									
services extérieurs									
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE I :	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE II									
Charges afférentes au personnel									
rémunération du personnel: 3 AS ou AMP à temps complet émergeant à 30% dépendance						35 000	35 000	35 000	35 000
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE II :	0	0	0	0	0	35 000	35 000	35 000	35 000
Surcoûts ou économies sur le GROUPE III									
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)									
maintenance des installations									
prime d'assurance									
divers									
frais de réparation liés à la vétusté des locaux									
frais de réparation liés à la vétusté du matériel									
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE III :	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan	-3 029	-3 547	-3 547	31 453	-3 547	31 453	31 453	31 453	31 453

TABLEAU DE SURCOÛTS D'EXPLOITATION SOINS											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Surcoûts ou économies sur les amortissements et frais financiers du GROUPE III											
amortissements au budget exécutoire 2008	18 132										
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	730	730	730	730							
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2008	1 742	1 742	1 742	1 742	1 742						
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2009		2 000	2 000	2 000	2 000	2 000					
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2010			2 000	2 000	2 000	2 000	2 000				
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2011				2 000	2 000	2 000	2 000	2 000			
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2012					2 000	2 000	2 000	2 000	2 000		
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2013						2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2014							2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2015								2 000	2 000	2 000	2 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2016									2 000	2 000	2 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2017										2 000	2 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2018											2 000
Amortissements des acquisitions courantes de l'exercice 2019											
Amortissements des mobiliers de la nouvelle construction						5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-15 660	-13 660	-11 660	-9 660	-8 390	-3 132					
Frais financiers au budget exécutoire 2008											
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan (2008)											
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL SURCOUT FRAIS FINANCIERS+AMORTISSEMENTS	-15 660	-13 660	-11 660	-9 660	-8 390	-3 132					
Surcoûts ou économies sur le GROUPE I											
Charges afférentes à l'exploitation courante											
achats											
services extérieurs											
TOTAL DES SURCOÛTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE I :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Surcoûts ou économies sur le GROUPE II											
Charges afférentes au personnel											
rémunération du personnel (3 AMP)						73600	73500	73500	73600	73600	73600
rémunération du personnel: 1.5 poste d'infirmière (assistante en gérontologie)						60000	60000	60000	60000	60000	60000
TOTAL DES SURCOÛTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE II :	0	0	0	0	0	133 500					
Surcoûts ou économies sur le GROUPE III											
Autres charges afférentes à la structure											
(hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)											
maintenance des installations											
prime d'assurance											
divers											
frais de réparation liés à la vétusté des locaux											
frais de réparation liés à la vétusté du matériel											
TOTAL DES SURCOÛTS ET/OU ECONOMIES DU GROUPE III :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES SURCOÛTS ET/OU ECONOMIES	-15 660	-13 660	-11 660	-9 660	-8 390	130 368					
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan											

Annexe 5

IMPACT DU PROJET SUR LE PRIX DE JOURNEE HEBERGEMENT

*Surcoût estimé en année pleine en 2014: **300 676 €**

*nombre de journées prévisionnelles:

hébergement complet: 365 jours x 80 résidents x 0.98 = 28 616 journées

hébergement temporaire: 365 jours x 4 résidents x 0.70 = 1 022 journées

soit un nombre de journées prévisionnelles en 2014: **29 638 journées**

*impact des surcoûts sur le prix de journée hébergement: 300 676/29 638

10,14 €

pour les personnes pouvant bénéficier des APL (estimation 100 €/mois)

soit 3.33 €/jour

6,81 €

*Le prix de journée hébergement actuel (2009):

42,25 €

avec le ticket modérateur dépendance de

4,31 €

46,56 €

en 2014, le prix de journée passerait à:

52,39 €

avec le ticket modérateur dépendance de

4,31 €

Total à payer pour le résident:

56,70 €

Pour les résidents pouvant prétendre aux APL:

le prix de journée héb. :

49,06 €

ticket mod. Dépendance:

4,31 €

Total à payer pour le résident:

53,37 €