



EHESP

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

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : ***décembre 2008***

**LE PROJET DE VIE, PREMIERE PIERRE
DANS LA CONSTRUCTION DU PROJET
ARCHITECTURAL**

Pascale COLAS

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Blitte, directeur de l'hôpital local Lys Hyrôme pour nos nombreux échanges et la confiance qu'il m'a témoignée. Je remercie Mesdames Baranger et Besson, cadres de santé, pour leur disponibilité et leur écoute.

J'adresse mes vifs remerciements à Mademoiselle Loyant, responsable qualité, pour son appui dans ma collecte documentaire et son active participation lors de l'enquête de satisfaction. Enfin, je remercie tous les directrices et directeurs qui m'ont reçue en interview. Leurs apports ont été précieux dans la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 La restructuration de la maison de retraite de Vihiers : un contexte complexe	5
1.1 Présentation de l'établissement et de son territoire	5
1.1.1 L'évolution de la population du département du Maine et Loire par rapport à son offre d'établissements : un département bien pourvu	5
1.1.2 Présentation de l'établissement	8
1.2 Le projet de vie : une émanation du projet d'établissement	11
1.2.1 Le projet d'établissement : élément fondateur de l'établissement	11
1.2.2 Le projet de vie s'adosse aux valeurs développées dans le projet d'établissement.....	14
2 Le projet de vie : un projet du vivre ensemble	19
2.1 Faire vivre le projet de vie.....	19
2.1.1 Une nécessaire synthèse documentaire : pour une meilleure compréhension du travail déjà réalisé.....	19
2.1.2 La confrontation avec la réalité des résidents : les retours de l'enquête de satisfaction.....	23
2.2 Les enjeux futurs pour le nouvel EHPAD	28
2.2.1 Une analyse des pratiques pour un fonctionnement plus harmonieux	28
2.2.2 Les préconisations architecturales pour un accompagnement institutionnel de qualité des personnes âgées.....	34
3 Les actions à mettre en place afin de relier le projet de vie au projet architectural	39
3.1 L'impulsion de la Direction dans une démarche participative	39
3.1.1 Mobiliser tous les acteurs autour du projet architectural.....	39
3.1.2 Mobiliser les ressources humaines afin d'assurer la continuité du travail déjà accompli	43
3.2 Construire un projet architectural autour des usages : une démarche prospective.....	45
3.2.1 Les éléments indispensables à la mise en place d'un lieu de vie.....	45

3.2.2 S'engager dans une démarche originale sans chercher à reproduire de modèles.....	49
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AIDHL : Association Informatique des Hôpitaux Locaux des Pays de la Loire
ALMA : Allo Maltraitance Personnes Agées et Adultes Handicapés
AMP : Aide Médico-Psychologique
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT : Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
AS : Aide Soignante
ASH : Agent de Service Hospitalier
CA : Conseil d'Administration
CAPS : Centre d'Accès à la Permanence des Soins
CH : Centre Hospitalier
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSTB : Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
CVS : Conseil de la Vie Sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERP : Etablissement Recevant du Public
ETP : Equivalent Temps plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HQE : Haute Qualité Environnementale
HQU : Haute Qualité d'Usage
PMP : PATHOS Moyen Pondéré
PMT : Projet Médical de Territoire
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SYNERPA : SYndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes âgées
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

La population française vieillit. En 2050, près d'un habitant sur trois aura plus de 60 ans contre un sur cinq en 2005¹. Ceci devrait s'accroître du fait de l'allongement de la durée de vie et d'une fécondité stable depuis le milieu des années 70². Or les structures actuelles, du fait de leur vétusté et de leur manque d'accessibilité, ne sont plus adaptées à la prise en charge de ce public devenu plus nombreux et dépendant. Elles nécessitent donc une réhabilitation ou une restructuration. La maison de retraite de Vihiers est dans ce cas : son bâti date d'une trentaine d'années et a entraîné une baisse de sa fréquentation. Les fenêtres et une partie du mobilier sont d'origine. Les cabinets de toilette sont dépourvus de douche, certaines chambres ont les toilettes sur le palier.

Un directeur d'établissement se doit de s'interroger sur la qualité de la prise en charge des résidents au sein de l'établissement qu'il dirige. Ainsi, dans le cadre de mon stage de directeur d'établissement sanitaire et social, j'ai été amenée à m'interroger sur le lien pouvant exister entre le bâti et une prise en charge de qualité des résidents, la question étant plus particulièrement de savoir en quoi le projet de vie est-il un préalable au projet architectural ? En effet, tous les établissements ne sont pas équivalents, et chaque établissement possède ses propres caractéristiques en terme de prise en charge et d'architecture. La qualité d'un établissement va donc se jouer dans l'adéquation entre l'architecture et la réponse aux besoins des usagers.

L'élaboration du projet de vie, désormais imposé par la convention tripartite, aide à définir les besoins des résidents en y associant les exigences architecturales. Il est donc fondamental avant tout projet de construction ou de restructuration architecturale d'interroger le projet de vie. Ce projet centré sur le résident ne peut se réaliser sans l'implication des personnels. En effet, il permet de donner du sens à des intérêts qui peuvent paraître divergents : l'établissement est à la fois un lieu de vie et un lieu de travail. Ceci implique qu' « *il est nécessaire d'amener les professionnels à s'interroger sur leurs représentations des attentes et des besoins des résidents, sur ce qu'ils aimeraient*

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

² Ce point est à nuancer, car le taux de fécondité a fluctué entre les années 1970 et 2000. Ce taux était 2,3 enfants par femme entre 1970 et 1975. Il a brutalement chuté à partir de 1973 se situant autour de 1,8 enfant par femme. Il a à nouveau chuté dans les années 1990 pour atteindre 1,65. Depuis 2000, le taux de fécondité se situe autour de 1,9 enfant par femme. Ces données sont extraites de : « Panorama de la santé 2007 : les indicateurs de l'OCDE ». OCDE, 2007 et de « Vieillesse en Europe ». La documentation française, 2007.

savoir et comprendre à leur sujet »³. C'est donc au directeur d'impulser l'indispensable dynamique afin de tendre vers le projet non pas idéal, mais celui se reprochant le plus des besoins de l'usager.

Afin de nourrir ma réflexion, j'ai procédé à une importante collecte d'informations. Il m'est apparu essentiel d'approfondir mes connaissances relatives à l'architecture dite gérontologique, mais aussi à la notion de projet de vie, ceci grâce à des recherches bibliographiques.

L'analyse des documents produits par les équipes, l'observation directe, et la réalisation d'entretiens et de questionnaires ont facilité la collecte de nombreuses informations. Ces éléments sont venus renforcer les données bibliographiques.

L'observation directe s'est appuyée sur l'analyse de la maison de retraite avec ses points forts / points faibles tant du point de vue de la structure qu'au regard des résidents et des personnels y évoluant. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué afin d'appréhender les grands axes du projet de vie : l'accueil, la place du résident et des familles au sein de la résidence, les fonctions hôtelières, ainsi que la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Parallèlement, j'ai procédé à une analyse des documents précédemment élaborés. En effet, les équipes de la maison de retraite de Vihiers se sont investies pendant deux années sur l'élaboration du projet de vie (de 2003 à 2005). Depuis début 2006, ce document est resté en l'état, suite aux départs du directeur adjoint et de la responsable qualité. De plus, l'établissement a concentré toute son attention sur la préparation de la visite de certification, qui a eu lieu en 2007. Il m'a semblé intéressant de faire un bilan de ce qui avait pu être mis en place par les équipes par rapport aux préconisations du projet de vie de 2005, car force est de constater que les équipes n'ont jamais cessé de le faire vivre. Avec l'aide de la nouvelle responsable qualité, j'ai effectué une enquête de satisfaction auprès des 125 résidents de l'EHPAD (Etablissement D'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de Vihiers. Celle-ci a pu mesurer la satisfaction et les attentes des résidents et de leurs familles.

Afin de saisir toutes les implications d'une restructuration/réhabilitation d'un établissement et de recueillir le vécu de ces expériences, je suis également allée visiter des établissements récemment restructurés. Ces visites se sont déroulées en deux temps : une première visite afin de saisir l'impact technique d'une restructuration sur la prise en charge des résidents. Puis une deuxième visite auprès des établissements restructurés a

³ J.J. AMYOT et A. MOLLIER. *Mettre en œuvre le projet de vie*. Paris : Dunod. p. 94.

également permis de conduire un entretien avec le responsable d'établissement, afin de déterminer quels pouvaient être les liens entre le projet de vie et le projet architectural.

A l'aune des données ainsi collectées, je présenterai dans une première partie la situation de l'établissement ainsi que le contexte législatif et réglementaire rattaché au projet de vie (1). L'hôpital Lys Hyrôme a 30 ans, et se trouve à un moment crucial de son existence. Quels sont les enjeux du projet de vie du nouvel EHPAD ? (2). Des préconisations peuvent être envisagées pour que le projet de vie devienne le premier jalon du projet architectural (3).

1 La restructuration de la maison de retraite de Vihiers : un contexte complexe

L'hôpital Lys Hyrôme est résolument ancré au cœur de son territoire. Ceci est non seulement une réalité mais un état d'esprit inscrit dans le projet d'établissement. Cet établissement remplit pleinement ses fonctions auprès de la population. Malgré de nombreux travaux déjà effectués, l'établissement doit s'engager dans un ambitieux programme de rénovation / restructuration s'il souhaite continuer à mener à bien ses missions.

1.1 Présentation de l'établissement et de son territoire

L'hôpital local Lys Hyrôme est un hôpital local original. En effet, cet établissement est né de la fusion le 1^{er} janvier 2003 des hôpitaux locaux de deux villes distantes de 17 km, Chemillé et Vihiers, dans le Maine et Loire. Les deux établissements ont noué de nombreux contacts avec les structures hospitalières de la région et travaillent donc en étroite partenariat avec celles-ci : centres hospitaliers et cliniques de Cholet et d'Angers, ainsi que les centres hospitaliers de Saumur et de Nord de Sèvre (Thouars, Bressuire, Parthenay) pour Vihiers.

Le bassin populationnel couvert par les deux sites est de 30 000 habitants.

1.1.1 L'évolution de la population du département du Maine et Loire par rapport à son offre d'établissements : un département bien pourvu

En 2005, la population du département du Maine et Loire était estimée à 755 000 personnes, dont 20,18% (soit 152 300 personnes) avaient plus de 60 ans. Quant aux plus de 75 ans, ils représentaient 8,10% de la population globale soit 61 177 personnes.

Age moyen et structure des populations par âge Pays de la Loire et France métropolitaine

	2005 (en %)					2030 (en%)					
	Age moyen	Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans	Age moyen	Moins de 20 ans	20-59 ans	Plus de 60 ans	Dont plus de 80 ans	Age moyen sans migrations
Pays de Loire	38,9	25,6	53,3	21,1	4,7	43,1	23,0	46,3	30,7	7,5	42,4
France métropolitaine	39,0	24,9	54,3	20,8	4,5	42,6	22,6	48,1	29,3	7,2	43,2

(Source INSEE, modèle OMPHALE)

D'après les projections régionales de population 2005-2030 de l'INSEE, la part des personnes de 60 ans et plus devrait augmenter en Pays de Loire de près de 69%. Quant à la part des 80 ans, elle devrait connaître une augmentation de plus de 62%. Si nous appliquons ces pourcentages aux données actuellement disponibles pour le Maine et Loire, les plus de 60 ans représenteraient 257 387 personnes et les plus de 75 ans 99 106 personnes à l'horizon 2030.

En appliquant aux projections INSEE de la population de plus de 75 ans le taux de prévalence des syndromes démentiels estimé par l'étude PAQUID⁴, entre 11 000 et 12 000 personnes seraient atteintes de ce type de pathologie en 2008 dans le département (80 % seraient des patients atteints de la maladie d'Alzheimer). D'ici 2010, une progression de 4,5 % est estimée comme vraisemblable.

Nombre de places dans les structures d'accueil pour personnes âgées dans les Pays de la Loire au 1^{er} janvier 2005

	Maisons de Retraite	Logement-foyer	Soins de longue durée	Total	Taux d'équipement	Hébergement Temporaire
Loire-Atlantique	10931	1717	1886	14534	16,8	281
Maine et Loire	9039	3436	883	13358	22,4	143
Mayenne	3772	676	625	5073	19,3	78
Sarthe	5373	1867	1195	8435	17,6	136
Vendée	3293	5885	770	9948	18,8	191
Pays de Loire	32408	13581	5359	51348	18,8	829
France métropolitaine	440872	155416	76332	672620	14,2	7373

(Sources : DRASS, INSEE)

La région des pays de la Loire se caractérise par un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale (tous types d'établissements confondus), soit 18,8 %, contre 14,2% (France métropolitaine). Elle se situe au 2^{ème} rang des régions les plus équipées. Le Maine et Loire a le taux d'équipement le plus élevé de la région, soit 22,4%.

⁴ PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988.

Le canton de Chemillé dispose de 232 lits pour une population de 75 ans et plus de 1169 personnes⁵. Ces lits se répartissent sur 3 établissements (EHPAD de l'hôpital local de Chemillé inclus), soit un taux d'équipement de 19,8%. Ces établissements ont tous signé une convention tripartite.

Le canton de Vihiers dispose de 552 lits pour une population de 75 ans et plus de 1513 personnes. Ces lits se répartissent sur 6 établissements (EHPAD et unité de soins de longue durée de l'hôpital local de Vihiers inclus), soit un taux d'équipement de 33,7%.

Les Pays de la Loire, Maine et Loire compris, vont connaître une forte hausse de la population des personnes âgées (plus de 60 ans et plus de 80 ans). Afin d'anticiper les besoins du département, en lien avec les différents plans gouvernementaux (Plan solidarité grand âge, Plan Alzheimer) et le SROS III (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) établi par l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation), le Conseil Général du Maine et Loire a élaboré un schéma gérontologique transitoire pour 2008-2010. Parmi les axes déterminés par ce schéma, figure la mise en oeuvre d'une répartition territoriale répondant aux besoins. En termes de répartition territoriale, l'état des lieux de 2002 avait révélé de nettes disparités au sein du département. Cependant, le fort taux d'équipement global du département en places d'hébergement a conduit à ne pas autoriser la création de places nouvelles sur les années 2003-2007. En conséquence, la seule façon de rééquilibrer le territoire départemental aurait été de réduire la capacité d'accueil dans une zone « au dessus de la moyenne » pour l'augmenter ailleurs, ce qui n'était pas réalisable hors restructuration volontaire des établissements.

La situation du département est, encore aujourd'hui, au dessus de la moyenne nationale et des moyennes départementales en matière d'équipement pour personnes âgées dépendantes, mais est bien conforme aux besoins estimés globalement au niveau national dès 2010. Cet état de fait ne devrait pas autoriser la création dans les années à venir d'un grand nombre de places. Celles-ci devront donc être mieux réparties grâce à l'observation territoriale ; cette dernière constituant un objectif du schéma gérontologique. Cependant, le département et les services de l'Etat doivent pouvoir apporter une réponse aux besoins émergents des personnes désorientées ainsi qu'aux personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, l'ouverture de places spécifiques en hébergement temporaire, accueil de jour et unités pour personnes désorientées a été accélérée dans le cadre des conventions tripartites, cependant l'analyse territoriale des besoins pour les personnes handicapées âgées manque encore et sera réalisée au cours de la période 2008-2010.

⁵ Cet ensemble de chiffres est extrait du schéma gérontologique de transition 2008-2010 Conseil Général du Maine et Loire.

1.1.2 Présentation de l'établissement

Le site de Chemillé comprend : une unité de médecine / SSR (soins de suite et de réadaptation) de 33 lits, un EHPAD rassemblant les 89 lits de la maisons de retraite et les 33 lits de l'ex-USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

Le site de Vihiers comprend : 20 lits de SSR, un service USLD de 30 lits, un EHPAD regroupant 78 lits de la maison de retraite et 70 lits anciennement USLD.

Les GMP (GIR moyen pondéré) se répartissent comme suit :

- la maison de retraite de Chemillé : 547 ;
- la maison de retraite de Vihiers : 473, ces deux GMP sont inférieurs à la moyenne nationale (>640) ;
- le GMP des USLD est supérieur à 800 (USLD Chemillé : 875, Vihiers : 839).

Le PMP (PATHOS moyen pondéré) pour l'ensemble de l'établissement est de 224 (USLD : 307, maisons de retraite : 157). Ce PMP est comparable au PMP national.

L'hôpital de Lys Hyrôme emploie 249 personnes dont 202 postes titulaires, répartis comme suit :

Répartition des personnels de l'hôpital Lys Hyrôme

Grades	Budget général : Hôpital : H				Budget annexe : EHPAD : E				Total Etablissement				
	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Total	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Total	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Total	Différence 2007-2006
administratif	1,00	1,6	11,40	14,00					1,00	1,6	11,40	14,00	-0,38
Soignant et éducatif	2,2	18,50	39,15	59,85	0,95	21,50	120,81	143,26	3,15	40,00	159,96	199,06	4,05
Médoco-technique (pharmacien)		1,45		1,45						1,45		1,45	-0,15
Technique			30,60	30,60							30,60	30,60	-0,65
Tot.établissements	3,20	21,55	81,15	105,90	0,95	21,50	120,81	143,26	4,15	43,05	201,96	249,16	2,87

Source bilan social 2007

D'après le bilan social de l'établissement, son effectif est stable. Cependant, pendant six mois la direction a été assurée par le seul directeur suite au départ de la directrice adjointe. Il y a eu 13 titularisations en 2007 contre 7 en 2006. L'absentéisme a connu une augmentation, les congés maternité ayant été plus nombreux (13 naissances en 2007 contre 7 en 2006) ainsi que les absences pour maladies ordinaires. 47,24% du personnel travaille à temps partiel (certains agents contractuels sont à temps partiel pour des nécessités de service et non à leur demande).

A- Le site de Chemillé

L'hôpital local est constitué d'un bâtiment principal sur trois niveaux (rez-de-jardin, rez-de-chaussée, un étage). La maison de retraite est située dans un bâtiment à part et s'organise sur 2 étages, la salle à manger et la cuisine se trouvant au rez-de-chaussée. En 1998, les services de médecine et de SSR ont été rénovés. En 2006, a été créée une blanchisserie regroupant les deux services blanchisserie de Chemillé et Vihiers. En 2007, la chaufferie a été totalement refaite.

Répartition des personnels (ETP) :

	Maison de retraite	Ex USLD	Médecine	SSR
Cadre infirmier	1	0,75	0,33	0,67
Infirmières	2,80	1,8	4,50	3,50
Aides-soignantes	14,85	12	3,50	11,30
ASH	13,60	3,5	1,50	3
Animatrice	1			
Psychologue		0,5		
CAE ⁶	3,03			
CEC ⁷		3		
Contractuels		7		1,75

Chaque service dispose d'un cadre de santé ou d'une infirmière faisant office (à temps plein ou à temps partiel). Une infirmière est présente le soir ainsi que le week-end pour l'ensemble de l'établissement. Dans le service de SSR, sont admis de nombreux patients pour des pathologies orthopédiques, mais également des personnes en fin de vie.

Les médecins intervenant sur le site de Chemillé sont des médecins libéraux. Dix-neuf médecins sont autorisés, seule une dizaine intervient sur ce site.

⁶ Le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE) est un contrat de travail à durée déterminée, destiné à faciliter l'insertion professionnelle des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières d'accès à l'emploi. Ce contrat s'adresse aux employeurs du secteur non marchand (collectivités territoriales, associations loi 1901, ...).

⁷ Le contrat emploi consolidé (CEC) est destiné aux personnes rencontrant des difficultés importantes d'accès à l'emploi. A la clé pour l'employeur, plusieurs avantages financiers, sous réserve de respecter certaines formalités, dont la signature d'une convention avec l'Etat ; pour le bénéficiaire, un contrat de travail assorti d'une rémunération et d'actions pour faire avancer son projet professionnel.

B - Le site de Vihiers

Le château qui se trouve au fond du parc est à l'origine de l'établissement. En 1854, Madame De Boissavary, comtesse de Vihiers, fait don de son château à la ville afin que celui-ci devienne un établissement de charité. Initialement hospice, une maison de retraite de 58 lits est bâtie en 1969. 1977 marque la fin de la construction d'un deuxième bâtiment de 120 lits (appelé centre de cure médicale), constitué d'un service long et moyen séjour : l'actuel bâtiment central. En 1985, une première restructuration de la maison de retraite a lieu, une nouvelle aile est construite. En 1996, l'établissement devient « Hôpital Local ». Les services long et moyen séjours sont rebaptisés : Lys, Layon, Aubance. En 1998, la maison de retraite est baptisée « Résidence Boissavary » en hommage à sa légataire.

Le bâtiment principal est constitué de trois étages, regroupant les lits d'USLD se répartissant sur 2,5 étages, et les lits de SSR répartis sur un demi-étage. Les patients accueillis en SSR souffrent de nombreuses pathologies. Les plus fréquentes sont les suivantes : des personnes âgées en post-opératoire (prothèses de hanches ou d'épaules), des malades en post hospitalisation de médecine (post chimiothérapie, ou en post chirurgie de cancérologie), des patients dont le retour à domicile est momentanément impossible. Ce temps peut constituer une préparation à l'admission en maison de retraite.

La maison de retraite est organisée sur 4 niveaux : rez-de-jardin, rez-de-chaussée, et deux étages. L'organisation des services est similaire à celle du site de Chemillé.

Le site de Vihiers héberge la maison médicale de garde, elle dessert depuis 2005 les populations de Chemillé et Vihiers.

Deux praticiens hospitaliers à temps partiel interviennent dans les services soins de suite et soins de longue durée. Trois autres médecins sont autorisés à exercer.

Répartition des personnels (ETP) :

Vihiers	Maison de retraite	USLD	SSR
Cadre infirmier	1	0,8	0,7
infirmières	2,75	9,1	3,55
Aides-soignantes	8,45	33,03	10,09
ASH	7	5,6	1,4
Animatrice (ASH)	0,50		
CAE			
CEC	2,58		
CES	1,72		
Contractuels	0	4	1,5

Les ratios ETP des deux maisons de retraite sont de 0,33 par résident. Une seule AS (aide-soignante) ou ASH (agent de service hospitalier) est présente la nuit sur chaque maison de retraite. La signature de la convention tripartite prévoit le recrutement de 5,2 ETP.

En 2003, la salle à manger de la maison de retraite et la grande salle du rez-de-chaussée (salle d'animation) sont climatisées. En 2006, une extension des locaux de la maison de retraite est réalisée afin de constituer les locaux de soins (bureau du cadre de santé, bureau des médecins, salle de soins). En 2006 et 2007, d'importants travaux de mise en conformité ont été effectués sur les deux sites, suite au passage des commissions de sécurité des arrondissements de Cholet et de Saumur. Celles-ci avaient révélé de graves dysfonctionnements (installation de système de désenfumage, de paratonnerres et de détecteurs de fumée). Les dernières visites datant d'avril et de mai 2008 n'ont pas relevé de problèmes majeurs et ont constaté les travaux engagés.

Depuis 1998, l'hôpital Lys Hyrôme a investi 5,2 millions d'euros pour se moderniser en matériels et en travaux (entre 416 000 € et 650 000 € par an). Cependant, depuis quelques années l'établissement ne remplit plus ses maisons de retraite. Le taux de remplissage avoisine 93%, alors que les maisons de retraite environnantes sont pleines, et ont des listes d'attente. En effet, la plupart des établissements environnants ont déjà été restructurés ou sont en passe de l'être. Si l'hôpital souhaite poursuivre ses missions, ce dernier doit se référer aux valeurs défendues par le projet d'établissement.

1.2 Le projet de vie : une émanation du projet d'établissement

Projet d'établissement, projet de vie : quelque soit le type d'établissement, sanitaire, social ou médico-social, tous ces établissements se trouvent dans l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Je présenterai le cadre réglementaire et législatif sur lequel se fondent les notions de projet d'établissement et projet de vie, puis les valeurs développées dans le projet d'établissement de Lys Hyrôme.

1.2.1 Le projet d'établissement : élément fondateur de l'établissement

Etymologiquement, le mot « projet » vient de « projeter » qui vient du latin « pro » : en avant et « jeter ». Projeter, c'est jeter au loin, lancer en avant, devant soi. Un projet est toujours nécessairement caractérisé par une intention et une action qui autorisent un

sujet, un acteur, à concrétiser une réalisation désirée, à dépasser la situation présente, estimée insatisfaisante à ce moment-là. Un projet est toujours un moyen dynamique au service d'une stratégie, d'une politique. Il doit donc, en principe, pouvoir être évalué, à l'aide d'indicateurs. La notion de projet permet aux établissements de dessiner leur avenir.

La circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003⁸ relative aux missions de l'hôpital local, précise qu'il s'agit d'un établissement de santé à part entière, mais parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales. Il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD⁹...). De plus, il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité. L'hôpital local possède ainsi « une double approche » : sanitaire et médico-sociale. Il devra donc faire référence à ces deux contextes.

A – Le contexte sanitaire

Dès la loi du 31 juillet 1991¹⁰ portant sur la réforme hospitalière, le projet d'établissement est posé implicitement comme le socle d'optimisation des soins. Cette loi fait obligation aux établissements de soins de réaliser des projets d'établissement en cohérence avec le SROS. La loi présente le projet d'établissement comme la résultante de quatre sous projets : le projet médical, le projet de services, le projet de soins infirmiers, le projet social.

Dans la circulaire DH/PE n°54 du 28 décembre 1992¹¹ relative à l'approbation des projets d'établissement, « le législateur a entendu faire du projet d'établissement un document obligatoire de base définissant les principaux objectifs et priorités déterminant les mesures et moyens nécessaires à leur réalisation pour chaque établissement de santé concerné ». D'après l'art. L 6143-2 du Code de la Santé, le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique

⁸ Parue au Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarités n°2003-26.

⁹ SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

HAD : Hospitalisation A Domicile.

¹⁰ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière parue au Journal Officiel du 2 août 1991.

sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement dispose pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans.

B- Le contexte médico-social

Depuis les décrets du 26 Avril 1999¹² et du 4 mai 2001¹³, textes relatifs aux conventions tripartites, ainsi que l'arrêté du 26 avril 1999¹⁴ fixant le cahier des charges des conventions tripartites, le projet d'établissement est exigé lors de la signature des conventions tripartites pour les maisons de retraite et les USLD. Directement articulé autour du projet de vie et du projet de soins, il veillera à leur complémentarité. L'arrêté du 13 août 2004¹⁵ est venu toiletter ces deux décrets ainsi que la loi du 2 janvier 2002¹⁶, rénovant l'action sociale et médico-sociale. En effet, il a levé l'ambiguïté entre projet d'établissement et projet institutionnel. Dans cet arrêté, le projet d'établissement est le seul cité. Ce dernier peut bien évidemment contenir d'autres projets comme par exemple la politique sociale du personnel.

Ainsi de part sa double vocation, l'hôpital local à l'obligation de rédiger un projet d'établissement, celui-ci comportant le projet de vie pour les maisons de retraite et les USLD.

Comme le précise Claudine Brissonnet¹⁷, « tous les textes faisant référence au projet d'établissement présente celui-ci, comme un outil permettant à la fois de décliner les orientations nationales et locales, de fédérer les professionnels de la structure et de communiquer auprès des usagers, des décideurs et des partenaires institutionnels ».

¹¹ Parue au Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarités n°1993-3.

¹² Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et décret no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes parus au Journal Officiel du 27 avril 1999.

¹³ Arrêté du 4 mai 2001 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes paru au Journal Officiel du 6 mai 2001.

¹⁴ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales paru au Journal Officiel du 27 Avril 1999.

¹⁵ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales paru au journal officiel du 22 septembre 2004.

¹⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale parue au Journal Officiel du 3 janvier 2002.

¹⁷ C. BRISSONNET. *Projet d'établissement comment le concevoir et le formaliser*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur. p. 17.

1.2.2 Le projet de vie s'adosse aux valeurs développées dans le projet d'établissement

Le projet d'établissement a été élaboré pour la période 2006-2011. La devise de Lys Hyrôme est : « l'esprit d'entreprendre au service du malade ». L'établissement se propose d'accueillir chaque personne avec respect et dignité, de l'héberger, de la soigner, de l'accompagner grâce à un service de qualité.

L'hôpital Lys Hyrôme veut conforter sa vocation gériatrique, il cherche à promouvoir une offre gériatrique de proximité. Par exemple, l'établissement est adhérent au réseau gérontologique du Choletais depuis plusieurs années. Il joue ainsi un rôle important dans le cadre du PMT (Projet Médical de Territoire) du Choletais. L'année 2007 a confirmé cette orientation. En effet, la charte de la Filière de Soins Gériatriques du Territoire de Santé du Choletais a vu le jour en novembre 2007. Elle a été intégrée à l'avenant du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) signé au cours du premier trimestre 2008. De plus, l'établissement a adhéré au GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) Mauges-Bocage-Choletais.

Parmi les autres partenariats de l'hôpital Lys Hyrôme, celui-ci est membre de l'AIDHL (Association Informatique des Hôpitaux Locaux des Pays de la Loire), et de l'association de lutte et de prévention de la maltraitance ALMA 49 (Allo Maltraitance Personnes Agées et Adultes Handicapés).

L'établissement s'est engagé dans un programme qualité. Celui-ci s'organise autour :

- d'un système d'information performant : un dossier informatisé du patient/résident (ACTIPIDOS), une plateforme de gestion documentaire (BLUE MEDI), un projet d'informatisation de la pharmacie avec projet de distribution nominative du médicament ;
- d'une importante politique de formation (en 2007, 48 096 € ont été dépensés pour 216 agents) ;
- d'une démarche de gestion des risques auprès des usagers et des salariés.

L'hôpital est un établissement dynamique mais doit faire face à la nécessaire adaptation de ces structures. Il prévoit dans son projet d'établissement un ambitieux programme de construction et de réhabilitation des locaux existants : la construction d'une unité de vie pour vingt patients atteints de la maladie d'Alzheimer (des places d'hébergement et d'accueil de jour), la création d'une unité d'accueil pour handicapés vieillissants (vingt places), la modernisation de la cuisine sur le site de Chemillé, et la rénovation des deux maisons de retraite.

L'hôpital Lys Hyrôme a su développer à travers son projet d'établissement sa forte implication auprès des populations de son territoire. La formation et le bien-être des personnels sont des axes prioritaires de la structure.

A – Le projet médical

Celui-ci veille aux droits ainsi qu'à une prise en charge adaptée pour chaque personne accueillie. La satisfaction des usagers est recueillie par questionnaire à la fin du séjour. Le projet médical représente l'adaptation de l'établissement aux nouveaux besoins de santé de la population des cantons de Vihiers et de Chemillé. Ces nouveaux besoins sont en rapport avec la nécessité de prendre en charge la grande dépendance liée à l'âge : les différentes formes de dépendances physiques et psychiques.

Actuellement sur les deux sites, entre 3 et 5 lits sont occupés en permanence par des patients en soins palliatifs. Malgré la présence d'un médecin formé à ce type de soins, et la possibilité de faire appel à l'unité mobile de soins palliatif du CH (Centre Hospitalier) de Cholet, le manque de moyens en personnel et en locaux ne permet pas d'assurer une bonne prise en charge. L'établissement souhaite la reconnaissance de ces lits afin d'assurer le suivi de qualité auquel ces patients peuvent prétendre.

Depuis plusieurs années, l'hôpital Lys-Hyrôme s'est engagé dans la prise en charge de la douleur. Des actions de formation ont été proposées à tous les agents. Des protocoles et procédures ont été rédigés et validés dans tous les services. Ces actions vont être poursuivies.

L'Hôpital Local Lys Hyrôme travaille en étroite collaboration avec les établissements de soins de son secteur ainsi qu'avec les professionnels des deux cantons. Ainsi ce dernier s'est investi dans la permanence des soins et la lutte contre la désertification médicale en milieu rural, en fournissant des locaux et un soutien logistique à la création d'un CAPS (Centre d'Accès à la Permanence des Soins) dans l'enceinte même de l'hôpital, sur le site de Vihiers. Celui-ci assure la permanence des soins d'urgence d'une population de près de 30 000 habitants répartis sur 14 communes. Le financement a été accordé par l'URCAM.

Ce projet a simplifié la régulation de la permanence des soins, et a permis de réorganiser la sectorisation en regroupant les différents secteurs de garde (17 pour Chemillé et 52 pour Vihiers) en un seul grand secteur de garde de médecine générale. En outre, l'hôpital est partie prenante des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) et SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) existants ou en cours de création sur les deux cantons (CLIC des Mauges et CLIC du Layon).

B - Le projet de soins

Le projet de soins valorise l'accompagnement soignant et constitue une référence pour les membres du service de soins infirmiers dans l'exercice de leur fonction. Il permet aux équipes d'être actrices de changement et d'amélioration des soins. Il est élaboré pour chaque patient et repose sur des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels de l'établissement : respect et dignité. Il est discuté en équipe pluridisciplinaire.

Les professionnels s'engagent à actualiser leurs connaissances et à délivrer des soins dans le respect des règles régissant leur métier.

L'hôpital Lys Hyrôme recherche une plus grande homogénéisation des pratiques de soins sur les deux sites, poursuivre ses actions de formation en direction des soignants dans la prise en charge de la douleur et dans un bon accompagnement de fin de vie.

C – Le projet social

Le projet social vise à optimiser la gestion des ressources humaines et à améliorer les conditions de travail et des personnels à la vie de l'établissement. Pour atteindre ces objectifs plusieurs priorités ont été mises en exergue au travers de quatre thèmes :

- les conditions de travail et la qualité de vie au travail ;
- la participation, la communication, l'information et le dialogue social ;
- la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des compétences ;
- le management et l'organisation.

Dans le thème n °1 « Conditions de travail et qualité de vie au travail », l'hôpital Lys Hyrôme souhaite améliorer l'environnement au travail en adaptant les locaux à la population accueillie, en aménageant les espaces de circulations pour les personnes à mobilité réduite et handicapées, et en sécurisant le transport des repas. Il veut mettre en place une veille sur la gestion des risques grâce à la mise en place du CHSCT¹⁸ (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). Cette action a été effectuée et le CHSCT se réunit régulièrement afin de traiter des risques liés aux conditions de travail, en relation avec la médecine du travail, la responsable qualité, la Direction, les responsables

¹⁸ Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un expert...). Les représentants du personnel bénéficient d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement. Ces moyens sont renforcés dans les entreprises à haut risque industriel. En l'absence de CHSCT, ce sont les délégués du personnel qui exercent les attributions normalement dévolues au comité.

des services. L'établissement cherche à favoriser et à organiser la mobilité intra et inter sites et à concilier les organisations respectives de travail sur les deux sites.

Dans le thème n°2 « La participation, la communication, l'information et le dialogue social », l'établissement désire recruter un cadre supérieur pour piloter et encadrer les différents projets (point non encore réalisé), développer et faciliter la communication entre les deux sites, entre les services et avec les usagers, favoriser la compréhension du fonctionnement de chaque service (blanchisserie, nettoyage, cuisine...), expliciter le rôle des instances de l'établissement, améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux agents et des stagiaires.

Le thème n°3 nommé « Gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des compétences » est un thème auquel la Direction de l'établissement est particulièrement sensible. Ce thème s'articule autour de trois axes : harmoniser la gestion des contractuels entre les deux sites, prévoir et évaluer les besoins en formation, acquérir et développer des compétences, favoriser une politique attractive en terme de recrutement afin de préparer les départs (en retraite notamment), mais aussi anticiper les nouveaux besoins en personnel pour les nouvelles structures à construire.

A travers le thème n°4 « Management et organisation », l'hôpital Lys Hyrôme a pour objectif d'accompagner les cadres et les responsables à manager leur service. L'établissement souhaite la mise en place de gardes administratives et techniques (le tableau des gardes administratives a été réalisé, celui des gardes techniques est en cours d'élaboration). Est également visée l'harmonisation de la gestion administrative entre les deux sites, en mutualisant les moyens, les procédures et les méthodes.

D – Le projet de vie

Comme il a évoqué précédemment (Cf. infra), l'écriture d'un projet de vie est une obligation réglementaire dans le cadre du conventionnement tripartite. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est venue renforcer l'intérêt du projet de vie en l'articulant aux droits des usagers. L'utilisateur se retrouve au centre des préoccupations de l'établissement et de son projet, au centre du dispositif de prise en charge. Le projet de vie détermine les objectifs en terme d'accueil des personnes âgées, d'organisation de vie la quotidienne (celle-ci se construit en fonction des attentes des personnes accueillies, en tenant compte des nécessités de soins) de la vie sociale, mais il va aussi prendre en compte les éléments architecturaux (si des travaux sont prévus). Le projet de vie est la garantie pour chaque résident du respect de ses droits : dignité et citoyenneté. En effet, la relation de l'institution à ses usagers ne se limite pas à une

relation client / fournisseur. En cela le projet vie apporte la garantie au résident de trouver une qualité de vie à la mesure de ses exigences. Dans la charte des droits fondamentaux (article 25) adoptée par l'Union Européenne¹⁹, les droits des personnes âgées sont réaffirmés : droit à mener une vie digne et indépendante, de participer à la vie sociale et culturelle. Le projet de vie fait ainsi largement référence aux droits fondamentaux des usagers, en redonnant au résident sa place de citoyen.

Il est donc essentiel que les résidents et leurs familles (ou leurs proches), mais aussi l'ensemble des personnels, soient partie prenante dans l'élaboration du projet de vie. On peut dire que le projet de vie est comparable au projet d'une mini société, et fait référence au désir de ses membres de vivre ensemble. L'hôpital Lys Hyrôme a rédigé deux projets de vie : un pour chaque maison de retraite.

¹⁹ Publiée au Journal Officiel des Communautés Européennes du 18 décembre 2000.

2 Le projet de vie : un projet du vivre ensemble

Parmi les missions qui m'ont été confiées à mon arrivée figurait le démarrage de la restructuration de la maison de retraite du site de Vihiers, celle-ci étant inscrite en bonne place dans le projet d'établissement. Ce projet de restructuration a été acté lors d'un CA (Conseil d'administration) en juin 2007. J'ai tout d'abord effectué une visite complète de la maison de retraite afin d'en faire un état des lieux : de pointer ses atouts, ses faiblesses... Je me suis ensuite intéressée à l'importante production documentaire de l'établissement. En effet, plusieurs directeurs adjoints et responsables qualité se sont succédé. Ces faits se sont traduits par des documents non finalisés. Il m'a semblé important d'en faire le bilan afin de manifester aux équipes mon intérêt pour le travail déjà effectué, mais aussi constater les solutions apportées aux dysfonctionnements relevés. Il était manifeste que les équipes de la maison de retraite n'avaient jamais cessé de faire vivre le projet de vie de la maison de retraite. Certes, le projet a été repris puis mis de côté, mais les différents responsables qualité ont su transmettre une certaine idée de la démarche projet en l'inscrivant dans une démarche qualité, grâce notamment à l'accréditation/certification. En effet, lors de la première visite d'accréditation, les deux maisons de retraite avaient été auditées. Afin de redynamiser le projet de vie, j'ai présenté ce bilan au nouveau groupe de travail pluridisciplinaire qui s'est constitué autour de la restructuration de la maison de retraite.

2.1 Faire vivre le projet de vie

La réflexion autour du projet de vie a démarré dès 2001, pour voir le jour fin 2005. Ce projet a été mis en marge suite à l'accréditation en 2003/2004, puis a été repris en 2005 avec l'auto-évaluation basée sur le référentiel ANGELIQUE²⁰. Ces différents travaux²¹ ont nécessité une synthèse qui sera à confronter aux attentes des résidents.

2.1.1 Une nécessaire synthèse documentaire : pour une meilleure compréhension du travail déjà réalisé

L'établissement et ses équipes ont déjà travaillé sur la transformation possible des locaux donnant lieu à une importante production documentaire. Avant de reprendre ce chantier, il

²⁰ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

²¹ Parmi ces différents travaux figurent la première ébauche de projet de vie (2001-2005) et l'auto-évaluation ANGELIQUE réalisée en 2005.

était indispensable de réaliser une synthèse²² des constats posés ainsi que des réponses déjà apportées, mais aussi du reste « à réaliser ».

A - Les attentes et satisfaction des résidents et de leurs familles

Cette partie reprend l'essentiel des réponses faites lors de l'auto-évaluation ANGELIQUE concernant : la procédure d'accueil, les droits et libertés des résidents, la restauration et la vie sociale.

1 – Accueil et admission

Les documents prévus au titre de la loi 2002-2 ont été mis en place dès 2003, tels le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement intérieur. Un document spécifique appelé « passeport de la résidence Boissavary » a été conçu en 1998. Celui-ci présente l'organisation d'une journée type d'une résidente imaginaire. Ce document est remis lors de l'accueil des résidents. Très apprécié par les familles, il devra cependant être actualisé. La procédure d'accueil a été formalisée en 2003 pour l'ensemble de l'établissement. Les référents des résidents tels que définis par la loi 2002-2 n'ont toujours pas été mis en place.

2 - Droits et libertés

Il existe un système d'enregistrement permanent et de suivi des réclamations et plaintes des résidents appelé rapport d'incident. Par son intermédiaire la gestion des problèmes se fait très rapidement par le cadre infirmier. Les enquêtes de satisfaction ne sont effectuées qu'occasionnellement sur la maison de retraite, la dernière datant de 2001. C'est pourquoi j'ai souhaité en réaliser une au cours de mon stage. Le CVS (Conseil de la Vie Sociale) a été seulement mis en place au cours de l'année 2006, il se réunit deux à trois fois par an. Les familles y sont très impliquées. Par contre les réunions d'information auprès des résidents sont plus anciennes, elles se déroulent sous forme de groupes de paroles.

3 - Restauration

Les repas servis sur la maison de retraite sont fabriqués et livrés par la cuisine centrale située au rez-de-chaussée du bâtiment principal.

La procédure pour le service en chambre a été rédigée, le suivi écrit des aliments et boissons absorbés est effectué pour les personnes à risque. Malgré cela, l'amélioration de la restauration reste un objectif à atteindre : comme la présentation des repas ou la

²² Le plan de cette synthèse repose sur celui du référentiel ANGELIQUE.

réduction de l'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner. Cependant, le personnel (AS et ASH) a travaillé avec l'équipe cuisine afin d'offrir un choix de plats plus grand aux résidents. Des collations sont proposées après le repas du soir aux personnes qui le désirent (une douzaine), afin de pallier la trop grande amplitude entre le repas du soir et le petit déjeuner.

4 – Vie sociale

Au cours de mon stage, je constate que la rédaction du projet d'animation n'est toujours pas réalisée. Les animatrices aimeraient bénéficier de formations à l'animation pour les personnes dépendantes. L'action des bénévoles a été formalisée et développée grâce à la mise en place d'une charte des bénévoles²³. Un coin enfants avec mise à disposition de jeux a été créé, mais cet espace ne satisfait pas les résidents, ceux-ci préfèrent privilégier les rencontres avec les enfants de leur entourage dans l'intimité de leurs chambres.

B – Les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins

Cette partie synthétise les réponses faites lors de l'auto-évaluation ANGELIQUE concernant le maintien de l'autonomie, les soins, l'hôtellerie et le personnel.

1 – Maintien de l'autonomie

Le problème des chambres à deux lits et l'absence de douche dans les cabinets de toilette avaient été pointés lors de l'auto-évaluation. Les cabinets de toilette ne sont plus conformes. Par contre, des lignes téléphoniques ont été installées dans chaque chambre. Les problèmes d'accessibilité sont un autre point noir de la résidence Boissavary. A l'extérieur une rampe d'accès a été construite. Le revêtement des routes d'accès a été refait. Cependant, le dénivelé de la rampe est encore trop important, et celle-ci n'est malheureusement pas dépourvue d'aspérités. Il faudrait également supprimer ou du moins atténuer la dénivellation présente au 1^{er} étage de la résidence. Des petits salons ont été créés afin de faciliter la déambulation des résidents. Le personnel de la maison de retraite voudrait qu'une galerie couverte entre la maison de retraite et le bâtiment principal soit créée. Enfin, la création d'une unité Alzheimer permettrait une prise en charge adaptée des personnes très désorientées, par exemple en développant des activités à visée thérapeutique. Actuellement, il n'existe pas de document concernant l'histoire de vie

²³ Les bénévoles participent aux animations suivantes : les jeux, les chants, certains ateliers bricolage et les sorties. Un planning est établi à l'année. Celui-ci est élaboré lors de la réunion de l'association des Bricoleurs (association des bénévoles) en janvier de chaque année.

de chaque personne accueillie. Le recueil des habitudes de vie est effectué sous ACTIPIDOS, mais le projet de vie individualisé²⁴ n'est toujours pas réalisé.

2 – Organisation des soins

La convention tripartite a été signée en décembre 2007, mais le médecin coordonnateur n'est toujours pas recruté. Le logiciel ACTIPIDOS a été déployé sur la maison de retraite en décembre 2006, ce qui a permis une meilleure prise en charge individualisée des résidents. Les AS peuvent ainsi enregistrer leurs observations, mais aussi les remarques des résidents (meilleures transmissions des informations orales et écrites). Les chambres à deux lits rendent difficile l'organisation des soins.

3 – Aides et soins spécifiques

Toutes les issues de secours et la porte d'entrée ont été sécurisées. Un système anti-fugue et anti-intrusion a été mis en place. Il était également prévu de créer des postes d'AMP (aides médicaux psychologiques) pour aider l'ensemble de l'équipe à aborder la prise en charge des patients très désorientés. Ce point figure dans la convention tripartite, actuellement seule une AMP est présente sur la maison de retraite. L'établissement envisage de transformer des postes ASH en AS ou AMP en les formant. La création d'un poste de psychologue sur l'hôpital est également souhaitée pour aider les équipes dans l'accompagnement des fins de vie.

4 - Hôtellerie

Un plan de rénovation a été proposé aux instances de l'établissement ainsi qu'aux autorités de tarification, prévoyant la transformation des chambres à 2 lits en chambre à 1 lit ainsi que la modification des chambres à 1 lit (à partir de 3 chambres actuelles on obtient 2 nouvelles chambres individuelles)²⁵. Seule une chambre à 2 lits devrait être conservée par étage. La maison de retraite passerait ainsi de 78 lits à 60, les lits « perdus » servant à la création de l'unité Alzheimer.

La création d'une blanchisserie centralisée a été l'occasion d'écrire toutes les procédures en lien direct avec la fonction linge.

Les procédures concernant le bio nettoyage sont en cours de validation, quant aux procédures relatives à l'élimination des déchets. Elles ont été réécrites à l'occasion de la visite de certification en 2007.

²⁴ Le projet de vie individualisé a pour objectif d'élaborer et de mettre en place un accompagnement qui soit porteur du projet de vie de chaque adulte âgé.

²⁵ Cf. Annexe 3 : « projet de restructuration de la maison de retraite de Vihiers »

5 - Personnel

Les fiches de postes ont été revues lors de la certification. Le protocole d'accueil des stagiaires et des nouveaux agents est formalisé.

Les pratiques professionnelles sont discutées au cours des réunions de fonctionnement et des réunions avec les médecins, mais l'évaluation n'est pas réalisée.

Le plan de formation est mis en place, les besoins en formation sont évalués annuellement, ce qui permet une réadaptation du plan au fur et à mesure que les besoins évoluent.

C – L'établissement et son environnement

Comme décrit lors de la présentation de l'établissement et du projet d'établissement (Cf. infra), l'hôpital Lys Hyrôme travaille en étroite collaboration avec les autres structures de la région.

Ce bref aperçu dresse un bilan de l'auto-évaluation ANGELIQUE. Cependant, les équipes ont travaillé à l'amélioration de ces constats. Il était donc indispensable de réaliser une nouvelle enquête de satisfaction auprès des résidents afin d'en mesurer les effets.

2.1.2 La confrontation avec la réalité des résidents : les retours de l'enquête de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents sont anciennes (la dernière date de 2001). De ce fait, la réalisation d'une nouvelle enquête est une attente forte du CVS. Ceci m'a donné l'occasion d'établir une synthèse entre l'état des lieux réactualisé de l'auto-évaluation ANGELIQUE et les réponses obtenues lors de l'enquête de satisfaction de 2008 (Cf. Annexe 1).

A – L'enquête de satisfaction effectuée auprès des résidents²⁶

Je dois préciser que cette enquête a été réalisée auprès des résidents de l'EHPAD de Vihiers (ce service regroupe les 78 lits anciennement Maison de Retraite et 70 lits des anciens services Aubance, Lys et Layon). En raison de leur état de santé et leur situation familiale, 17 résidents ont été exclus de l'enquête de satisfaction. Pour les résidents « majeurs protégés », j'ai envoyé les enquêtes de satisfaction à leurs familles ou à leurs

²⁶(Cf. Annexe 1

tuteurs. Pour les résidents ne pouvant répondre seuls au questionnaire, j'ai constitué une équipe d'enquêtrices pour pouvoir les interviewer. Chaque enquête retournée a été saisie sous le logiciel de gestion documentaire Blue Medi.

Le nombre de résidents à enquêter était de 125 dont 39 interviewés, 67 résidents de la maison et 58 de l'ex-USLD.

Le nombre de questionnaires exploités est de 72, dont 42 sur la maison de retraite, soit un taux de retour de 58 % pour l'EHPAD, et 63% pour la maison de retraite Boissavary.

L'enquête de satisfaction a porté sur les thèmes suivants : la pré-admission, l'accueil, la prise en charge, l'hôtellerie, les locaux, la vie sociale.

1 – Pré-admission

Les personnes intègrent l'établissement pour deux raisons principales (l'une et/ou l'autre) :

- suite à des problèmes de santé ;
- les personnes ne peuvent plus rester seules à domicile.

Ces deux choix représentent près de 90% des réponses. Les résidents ont obtenu majoritairement un rendez-vous pour visiter l'établissement et le premier contact avec le personnel est jugé positivement.

2 - Accueil

L'accueil constitue un point fort de l'établissement puisque les résidents le jugent extrêmement positif (90%). Cependant, peu de résidents (37%) se rappellent avoir signé un contrat de séjour et n'ont pas forcément le souvenir de la remise du livret d'accueil. Je me demande si le livret d'accueil n'est pas remis uniquement à la famille.

3 – Prise en charge

La plupart des résidents (80%) déclarent avoir pu choisir librement leur médecin traitant. Ils bénéficient d'une douche ou d'un bain toutes les semaines (39%) ou une fois toutes les deux semaines (34%), cette fréquence les satisfait à 72%.

Près d'un résident sur deux ne choisit pas ses heures de réveil. Les résidents semblent disposer d'une plus grande marge de manœuvre pour gérer les horaires du coucher.

Les soins d'hygiène réalisés au sein de l'établissement respectent la pudeur, la dignité et les besoins personnels. Au quotidien, les résidents se sentent respectés par le personnel (88%).

4 - Hôtellerie

a) les repas

Les prestations du petit déjeuner et du déjeuner sont appréciées par les résidents, comme la collation, pour les résidents qui en bénéficient. Par contre, le dîner les

mécontentent : les horaires ne conviennent pas, les résidents dînent trop tôt (vers 18h15). Les goûts alimentaires des résidents sont bien pris en compte. L'état de santé des résidents nécessite peu de régimes (soit environ 13 résidents). Pour ceux bénéficiant d'un régime, les repas servis respectent ce régime. Cependant, nombreux ont été les commentaires sur cette prestation, ce n'est ni la qualité de la restauration, ni la quantité des mets qui est en cause mais plutôt l'organisation et l'ambiance des repas qui font débat.

b) le linge

Les résidents sont très satisfaits de la prestation de la blanchisserie de l'hôpital, tant pour le linge fourni par l'établissement que pour leur linge personnel. Néanmoins peu de résidents connaissent la procédure mise en place en cas de perte de linge. L'établissement devra faire un effort de communication.

5 - Locaux

La propreté de l'espace privé du résident (chambre et cabinet de toilette) est jugée favorablement. Les résidents trouvent cet espace peu pratique mais paradoxalement confortable. Ils estiment que leur intimité est bien respectée.

Pour les résidents, les locaux collectifs sont propres, pratiques, et confortables. Cependant, ils ont fait part de leurs difficultés à se déplacer au sein de l'établissement²⁷. En effet, seuls 65% des résidents disent se déplacer facilement à l'intérieur de la structure. Pour les déplacements à l'extérieur, le pourcentage descend à 46%. Dans ses projets de réhabilitation, l'établissement devra tenir compte de la nouvelle réglementation concernant l'accessibilité (intérieur/extérieur des locaux). La réfection de l'enrobé y répond très partiellement. Le repérage à l'intérieur des structures est aisé pour 72% des personnes. Par contre, le repérage est beaucoup moins facile à l'extérieur, seuls 54% des résidents ont répondu favorablement.

6 – Vie sociale

Paradoxalement, les résidents déclarent avoir un référent (56%), alors que ce point n'est pas mis en place. Ceci peut s'expliquer par l'existence de relations privilégiées entre les résidents et les membres du personnel.

Les résidents peuvent effectuer les achats de la vie courante suivant plusieurs voies. Je remarque que l'animatrice et les familles sont des relais essentiels avec le monde extérieur.

²⁷ Actuellement, 17 résidents se déplacent en fauteuil roulant, 15 avec l'aide d'un déambulateur, 14 avec une canne.

Le journal « L'ami des résidents » est connu des ¾ des résidents. Par contre, ils sont nombreux à ne pas connaître le CVS (69%). Un effort de communication sera à réaliser auprès des résidents pour les sensibiliser et les impliquer davantage dans cette instance. Sur 42 retours de questionnaires de la maison de retraite, seules 26 personnes ont répondu aux questions traitant de l'animation. Quelle valeur de représentativité peut-on associer à ces réponses ? Un certain nombre de résidents ne souhaite pas participer aux animations. Cependant, les animations²⁸ conviennent globalement aux résidents qui y participent (environ 70%). Les items « le recueil des attentes en terme d'animation » ainsi que « la fréquence des animations » ont des taux inférieurs à 65%. Ces points sont à retravailler.

La présence des bénévoles est très satisfaisante pour les résidents (près de 80% de réponses). Ceci peut s'expliquer par le fait que les bénévoles n'appartiennent pas à l'établissement et représentent donc « l'extérieur », « la vie du dehors ». Les bénévoles contribuent ainsi de façon significative au maintien du lien social.

B – Brève synthèse de l'enquête de satisfaction

Les réponses à l'enquête ont comporté de nombreux commentaires, les voici regroupés autour des points forts /points faibles de l'établissement.

a- Les points forts de l'établissement

Parmi les points forts de l'établissement, sont souvent cités :

- le personnel : il est estimé pour son professionnalisme, il est chaleureux, à l'écoute des familles, il y a une bonne qualité d'accueil, les équipes sont sécurisantes et disponibles ;
- l'environnement extérieur : le cadre extérieur plaît beaucoup aux résidents (le parc, les arbres, les fleurs). Ils apprécient la réfection des chemins ;
- les résidents se sentent bien dans l'établissement : la maison de retraite est extrêmement accueillante (tant à l'extérieur qu'à l'intérieur), ils se sentent libres d'aller et venir.

b- Les points à améliorer

- le personnel : il manque du personnel, notamment des kinésithérapeutes ;
- le bâti / l'aménagement extérieur : il faudrait agrandir les chambres, prévoir une douche dans les cabinets de toilette et disposer de toilettes visiteurs à chaque

²⁸ Cf. Annexe 2 : « liste des différentes activités proposées dans le cadre de l'animation ».

- étage. De plus, il y a un problème de stationnement des voitures, il n'y a pas assez de places de parking pour les visiteurs ;
- Accessibilité : Aménager les sentiers et la terrasse pour les fauteuils roulants, et améliorer les circuits de promenade entre la maison de retraite et le bâtiment principal sont une impérieuse nécessité;
 - Les repas : Les horaires des repas sont à modifier, comme retarder l'heure du repas du soir car le dîner est servi trop tôt. L'intervalle de temps est trop grand entre le dîner et le petit déjeuner, le service à table est trop long ou trop rapide selon les équipes. Il y a trop de personnel le midi et pas assez le soir. L'organisation des services peut être à revoir lors de certaines périodes de l'année (vacances, remplacement ...). Pour le déjeuner il serait souhaitable de rassembler les résidents selon leur capacité à s'exprimer. En effet, cela peut créer une mauvaise ambiance au cours du repas.
 - Vie sociale : Les résidents souhaiteraient se sentir moins seuls. Ils aimeraient qu'une ou plusieurs personnes (membres du personnel) puissent avoir du temps à passer avec eux, et que les bénévoles interviennent plus souvent. Les résidents soulignent eux-mêmes la difficulté de vivre avec les autres et de devoir quitter leur domicile sans espoir d'y retourner ;
 - Le fonctionnement de la maison de retraite : les questions liées au fonctionnement de l'établissement recueillent de nombreuses réponses sans avis. Il semblerait que les résidents ne s'y intéressent pas. Cependant, je remarque que des réponses ont été obtenues lorsque les résidents sont directement impliqués dans le fonctionnement. Par exemple, les résidents connaissent l'existence du coiffeur, de la pédicure, mais le CVS les intéresse peu. Un effort de communication devra être fait, par exemple, au cours des groupes de paroles. Les résidents ont des besoins simples et pratiques.

L'enquête de satisfaction réalisée est le reflet d'une population rurale ayant connu la guerre et consommant peu. Les projets de restructuration vont s'adresser à une population qui sera certainement plus exigeante. Il suffit pour s'en convaincre de prêter attention aux remarques des enfants des résidents. Leurs attentes sont d'un tout autre ordre en terme d'environnement, d'espace et d'équipement.

2.2 Les enjeux futurs pour le nouvel EHPAD

Les attentes des résidents sont fortes en terme de bâti, d'accessibilité et d'organisation. La réforme des USLD²⁹ a modifié les projets de restructuration de l'établissement, seuls 30 lits ont été conservés. L'EHPAD de Vihiers ne se limite plus à la maison de retraite mais concerne aussi les 70 lits de l'ex-USLD. Malgré cette situation, le directeur ne souhaite pas que le groupe de travail pluridisciplinaire comprenne des membres des personnels intervenant sur ces lits (les limites rencontrées sur la maison de retraite sont également présentes sur le bâtiment central). En dépit de cette contrainte, j'oriente la rédaction du projet de vie de façon à intégrer les problématiques des personnes désorientées. En effet, l'enquête de satisfaction a confirmé la partition des personnes accueillies : sur la maison de retraite les personnes les moins désorientées, les autres étant prises en charge sur le bâtiment principal au sein des lits de l'ex-USLD. Ces deux bâtiments semblent se faire face en s'ignorant mutuellement. Pourtant les équipes demandent que cette « fracture » soit abolie.

2.2.1 Une analyse des pratiques pour un fonctionnement plus harmonieux

Avec le groupe de travail pluridisciplinaire³⁰ je décide de travailler les éléments suivants : l'accueil, les prestations hôtelières (restauration), la place du résident et de sa famille (ou proches) au sein de la structure, l'animation, et la prise en charge du résident. Nous convenons de reprendre intégralement les préconisations d'un précédent groupe de travail sur l'unité Alzheimer, et de les intégrer au projet de vie.

Je souhaiterais tout d'abord revenir sur l'organisation des réunions de travail. Avant chaque réunion, je prépare un ordre du jour. A côté de celui-ci j'établis une fiche de travail reprenant les points de l'ordre du jour. Pour chaque point, après avoir synthétisé les bonnes pratiques recueillies dans la littérature et auprès de professionnels, j'y inscris mon propre questionnement. Puis je rencontre la cadre de santé afin de valider cet ordre du jour.

²⁹ Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée, parue au Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarité n°2007-6.

³⁰ Ce groupe de travail est constitué du cadre infirmier, d'infirmières, d'AS et d'ASH. Des membres des services logistiques (restauration, blanchisserie, technique) se sont joints à nos travaux. J'ai assuré la préparation et l'animation des réunions. Nous nous sommes réunis une douzaine de fois. Chaque réunion a donné lieu à un compte rendu.

A travers ces réunions je poursuivais plusieurs buts. Bien sûr redynamiser le projet de vie, mais aussi analyser les pratiques (qui ne sont pas évaluées) afin de vérifier si elles sont toujours en cohérence avec les objectifs poursuivis. L'hôpital Lys Hyrôme est très marqué par une culture sanitaire. Malgré cela la maison de retraite « résidence Boissavary » est-elle un lieu de vie pour ses résidents ? Comment soignants et résidents trouvent-ils leur place dans ce lieu ? Que faut-il définir : les besoins des personnes âgées en fonction de la littérature, des bonnes pratiques, ou faire ce qu'elles demandent ?

A - L'accueil

La procédure d'accueil est formalisée pour l'ensemble de l'établissement et une visite de pré-admission est prévue systématiquement, cependant le groupe de travail aimerait aller plus loin avec une visite au domicile de la personne à accueillir ; ceci afin d'avoir une meilleure prise de connaissance. Cet objectif a été inscrit dans le projet de vie. Actuellement, ce point n'est pas réalisable faute de disponibilité de personnel. Les référents des résidents sont un autre élément manquant dans la procédure existante. Les débats sont animés autour de cette question. A quoi sert le référent ? Qui peut être référent ? Je reprecise ce qu'est un référent : c'est un médiateur, il centralise les informations venant du résident, de sa famille, des autres intervenants. Il a un rôle essentiel dans l'identification des besoins du résident en lien avec le *projet de vie individualisé*³¹. Finalement, nous optons pour la mise en place de binômes de référents constitués soit par une aide-soignante et une infirmière, soit par deux aides-soignantes. Les deux options doivent être testées et évaluées, l'objectif étant une mise en place avant la fin de l'année.

Le recueil des histoires de vie a fortement intéressé le groupe. En effet, le personnel soignant, l'animatrice, le cadre de santé se sont rendus compte de l'importance des histoires de vie dans la prise en charge des personnes désorientées ainsi que dans le maintien du lien social avec les résidents et entre résidents. Dans ACTIPIDOS rien n'est prévu en ce sens. Un sous-groupe est constitué et travaille en lien avec la responsable qualité afin qu'un document soit élaboré et qu'après validation par l'ensemble des équipes, il soit intégré dans le dossier du patient (défini par la responsable qualité). En outre, une demande a été faite auprès du service informatique afin qu'il soit intégré dans ACTIPIDOS. Mais qui va collecter ces données ? Ce travail pourrait être effectué collectivement par les référents, l'animatrice et le psychologue, lorsque celui-ci sera recruté.

³¹ D'après C. DELAMARRE. *Démence et projet de vie*. Paris : Dunod. p. 111 et 119.

Un autre point choque les personnels et les résidents : la maison de retraite ne dispose pas de lieu d'accueil. Les familles, les visiteurs ne savent pas où s'adresser lorsqu'ils arrivent à la résidence, le hall d'accueil débouche soit sur des portes fermées (bureaux des infirmières, de la cadre de santé, des médecins) , soit sur la salle à manger, soit sur le sas qui mène aux étages. Il est donc indispensable de prévoir un espace d'accueil dans le projet de restructuration. Actuellement les familles sont reçues dans le bureau du cadre de santé (bureau sans fenêtre).

B - La prise en charge du résident

Les débats ont été fort vifs autour de ce thème. Le groupe a essentiellement travaillé sur l'organisation des soins du matin. Comment lever le résident ? Doit-on lever tous les résidents en même temps ? Ne faut-il pas davantage tenir compte des envies des résidents ? Les avis sont partagés, car certains membres du personnel soignant pensent d'abord au confort des équipes avant celui des résidents. Il est décidé que les premières AS arrivées commencent par lever les résidents les plus matinaux. Même constat avec les toilettes, ainsi à la question « quelle est pour vous la toilette idéale ? », les réponses ont divergé. Petit à petit, les équipes prennent conscience qu'un changement de regard vis à vis des personnes âgées est inévitable. Même si les soins prodigués par le personnel sont bien ressentis par les résidents, le personnel s'est installé dans une forme de routine. Le corps des vieilles personnes s'est chosifié³². Ceci est la conséquence du manque de personnel qui entraîne une grande répétitivité des tâches.

En accord avec la responsable qualité, et la cadre de santé, je décide de revoir les procédures existantes, et de formaliser une démarche de prise en soin du résident, se référant aux besoins définis par Virginia Henderson³³. Il est fondamental que les équipes prennent en compte l'avis du résident, de ce qu'il peut encore réaliser, par exemple, noter

³² D'après N. JAUJOU, E. MINNAET, L. RIOT. *L'EHPAD pour finir de vieillir*. Fondation maison des sciences de l'homme. p. 187.

³³ Le développement des sciences humaines, avec notamment les travaux d'Abraham Maslow a mis en évidence que chaque individu est "unique" et qu'il n'est pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble, de la globalité de l'être. Une pathologie est répertoriée sur une nomenclature et c'est le savoir médical qui saura la traiter et souvent la guérir ; mais, la maladie qu'elle entraîne, selon son retentissement et la façon dont elle est perçue par la personne malade va induire des états ou comportements différents et c'est au savoir "des soignants" qu'il appartient d'amener cette personne vers une amélioration de son état de santé.

Virginia Henderson pour définir sa conception du rôle de l'infirmière a défini **quatorze besoins** fondamentaux de tout être humain. Chaque besoin est dépendant de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturels. Il faut donc considérer toutes ces dimensions de l'homme pour donner des soins plus complets, ce qui conduit à une conception des soins nécessitant une démarche intellectuelle. La démarche de soins permet d'améliorer la qualité des soins du fait du travail en équipe (elle est basée sur une réflexion commune, des échanges, une cohérence des actions entreprises, des transmissions complètes et élaborées) et par son aspect pluridisciplinaire. (D'après membres.lycos.fr/papidoc Evaluation du résident).

dans son dossier informatisé les gestes qu'il est encore capable de faire lors d'une toilette. Cette démarche est indispensable dans le maintien de l'autonomie des personnes accueillies. Lors d'un des entretiens³⁴, Madame R., directrice de maison de retraite, déclarait : « lorsqu'un résident n'opte pas pour certaines prestations, cela le pousse à les réaliser ». Cette prise de position peut paraître excessive, mais cette directrice cherche à développer le maintien de l'autonomie des résidents, « ne pas faire à la place du résident ». Le personnel ne doit pas effectuer les actes à la chaîne (lever, toilette), mais tenir compte du résident, être à son écoute. Cet axe de travail a également pour objectif de faire réfléchir les acteurs sur le développement de la bientraitance³⁵. Après plusieurs semaines, je constate que les équipes se sont interrogées et ont pris les choses en main dans leur organisation du matin. Je pense qu'une formation de type « Humanitude »³⁶ pourrait les aider à développer un phénomène d'empathie, à se mettre à la place du résident. Mais il s'agit de former toutes les ASH, les aides-soignantes, les infirmières et non une personne isolée du service comme cela a pu être le cas avec les formations « au toucher » ou « au service à table ».

Les personnels ainsi que les résidents souhaiteraient disposer de cabinets de toilette plus conformes à leurs attentes : une hauteur de lavabo, de toilettes, et des étagères adaptées. Les personnels aimeraient également pouvoir proposer des douches dans la chambre. Actuellement, les bains ou les douches ont lieu une fois toutes les semaines ou toutes les deux semaines pour certains résidents. Mais l'ensemble du groupe convient qu'il est important de tenir compte de l'avis du résident. Ainsi s'il préfère une toilette au lavabo, il faut procéder de cette façon.

Il me semble important d'évoquer le projet de vie individualisé. Celui-ci n'est toujours pas formalisé. ACTIPIDOS facilite une prise en charge individualisée des soins, ce logiciel dans sa conception ne répond pas à la prise en compte du projet de vie individualisé. Le changement de logiciel prévu pour 2009 devrait prendre en compte les notions de projet de vie individualisé et d'histoire de vie.

³⁴ Cf. Annexe 4 « guide d'entretien » et Annexe 5 « liste des personnes interviewées ».

³⁵ Conformément à l'instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

³⁶ Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI sont les concepteurs de la « philosophie de l'humanité » et de la « méthodologie des soins Gineste-Marescotti ». Ces approches fournissent aux soignants des savoir-faire précieux pour prendre soin des résidents.

C - L'animation

Comme l'a montré l'enquête de satisfaction, l'animation est un sujet sensible. Un certain nombre de résidents ne souhaitent pas y participer. L'inactivité n'est pas à stigmatiser. Mais à travers les commentaires de l'enquête de satisfaction, il est évident que ce point pourrait être amélioré. Deux animatrices travaillent sur le site de Vihiers, une animatrice travaille à temps plein sur le bâtiment principal (la partie USLD) où elle dispose d'une grande salle (appelée salle de musique à cause de la grande fresque musicale qui orne ses murs). L'autre animatrice travaille à mi-temps sur la maison de retraite.

Les animations s'y déroulent dans le local situé en rez-de-jardin. S'il y a plus de six résidents, l'animation se déroule soit dans le salon du 1^{er} étage, soit dans la salle à manger. Certaines animations n'ont lieu que sur le bâtiment principal, comme par exemple les ateliers cuisine, la chorale, etc. Les résidents n'aiment pas se rendre d'un bâtiment à l'autre. L'enquête de satisfaction a révélé que les résidents de la maison de retraite avaient des difficultés à faire remonter leurs souhaits d'animation. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'animatrice n'est présente qu'à mi-temps, cela peut stopper des envies d'activités.

Aidée des deux animatrices nous avons réalisé un bilan des animations effectuées sur le site de Vihiers. De nombreuses animations³⁷ se déroulent sur l'établissement selon un calendrier établi mensuellement. Celui-ci est affiché sur l'ensemble de la structure et est publié dans le journal de l'établissement.

Lorsqu'un résident/patient participe à une activité, il y a une validation sous ACTIPIDOS pour chaque personne. Par contre, le type d'animation n'est pas informé, et il n'est pas possible de réaliser un bilan par activité ou par résident. Lorsque les animatrices veulent saisir des commentaires, elles le font grâce aux transmissions ciblées.

Les animatrices participent activement au maintien de la vie sociale des résidents, notamment en ce qui concerne les relations avec l'extérieur. Ceci peut être réalisé de différentes façons et peut recouvrir différentes activités, comme les achats à réaliser : produits de toilette, petit électroménager ...

Une des animatrices voudrait mettre en place une petite boutique au sein de la maison de retraite. Celle-ci proposerait des produits d'hygiène et des friandises.

Elles accompagnent les résidents lors de leurs visites chez le dentiste, l'opticien, les enterrements. Elles sont en relation avec la halte-garderie, les écoles, le centre social ce qui facilite des échanges intergénérationnels réguliers.

³⁷ Cf. Annexe 2 « Les différentes activités proposées dans le cadre de l'animation ».

Les ateliers jeux avec les bénévoles sont très appréciés. Les ateliers mémoire, les groupes de paroles ont une grande importance, ils participent à une meilleure prise en compte de la parole des résidents. Par exemple le groupe de paroles s'est exprimé sur le coin enfant du salon du rez-de-chaussée. Pour la plupart des résidents, « ce coin est peu utilisé, souvent inoccupé la semaine et peu accueillant. De plus ce salon est un dortoir où les gens viennent faire la sieste et ne regardent même pas la télé »³⁸. Afin de rendre ce lieu plus vivant, les résidents ont fait des propositions :

- mettre une lumière plus puissante ;
- installer une table ronde pour les joueurs ;
- enlever les claustras ;
- laisser des jouets à disposition pour les enfants mais les stockés dans une armoire.

Ce pourrait être aussi le lieu où les familles viendraient prendre un café. Cependant inciter les résidents à participer aux animations est une tâche difficile. En effet il faut leur donner envie. Il leur est également difficile de s'inscrire à l'avance à des animations le nécessitant, les sorties spectacles par exemple.

Il n'existe pas de groupe de travail autour des animations. Les AS font des propositions d'animations de façon informelle. La présence d'un cadre supérieur de santé aiderait les animatrices dans la rédaction du projet d'animation. Elles disposent de matériel, de jeux, d'un minibus neuf, mais les locaux ne sont plus vraiment adaptés. Les résidents masculins aiment particulièrement jouer aux cartes et peuvent difficilement s'inviter dans leurs chambres. Le salon du premier étage est souvent mis à leur disposition, mais peut être utilisé à d'autres fins, par exemple à des réunions. Les murs de la maison de retraite deviennent exigus et limitent le développement des activités.

D - La restauration

Comme l'indique l'enquête de satisfaction, ce n'est ni la qualité, ni la quantité figurant dans l'assiette qui pose problème, mais l'organisation du service et l'atmosphère des repas. Les résidents font bien la distinction entre le repas du midi et le repas du soir, puisqu'il y a davantage de personnel présent le midi. La manière de servir les repas n'est pas effectuée de la même façon en fonction des équipes. Je fais plusieurs propositions afin d'organiser ce service différemment, les essais se déroulent sur plusieurs semaines. Les résultats ne sont pas concluants. En effet, l'organisation se heurte au bâti existant. La

³⁸ Ces commentaires sont extraits d'un groupe de parole organisé le 7 février 2008 autour du coin enfants.

salle à manger est devenue trop petite car il y a de plus en plus de personnes en fauteuil roulant, ce qui gêne la circulation du personnel autour des tables.

A travers ces quelques thèmes nous constatons qu'il est urgent de faire évoluer le bâtiment. Si certaines avancées ont été obtenues dans la prise en charge des résidents, d'autres points ne peuvent être mis en place faute de locaux adéquats. Ils figurent d'ors et déjà en bonne place dans le projet de vie.

2.2.2 Les préconisations architecturales pour un accompagnement institutionnel de qualité des personnes âgées

Le projet de restructuration³⁹ devra trouver un équilibre entre les intérêts des différents acteurs d'une part, entre les intérêts individuels et collectifs d'autre part. En effet, il se retrouve au carrefour d'éléments pouvant être contradictoires. Le projet architectural va permettre une relecture de l'organisation de l'espace afin de disposer d'un vrai lieu de vie. Le nouvel aménagement tiendra compte des contraintes liées à l'organisation et à la délivrance des soins, tout en valorisant les caractéristiques liées aux activités techniques ou logistiques, telles les fonctions hôtelières et d'animation.

A – Accueillir la grande dépendance

Les prochaines années, l'établissement accueillera des personnes âgées en perte d'autonomie de plus en plus dépendantes. Comme je l'ai précisé, le Conseil Général ne s'oriente pas vers la création de nouvelles places, mais souhaite davantage une meilleure répartition des places existantes⁴⁰. Le site de Vihiers se trouve dans l'obligation de rechercher une nouvelle répartition des places existantes. Une première réflexion a été menée en ce sens, puisque le projet d'établissement ainsi que le CPOM prévoient la construction d'une unité d'Alzheimer et d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes. Elles accueilleront chacune une vingtaine de personnes, quatorze « hébergement » et six « accueil temporaire ». L'unité Alzheimer sera dédiée aux personnes âgées les plus désorientées. « L'architecture est une des principales raisons

³⁹ Cf. Annexe 3 « projet de restructuration de la maison de retraite de Vihiers »

⁴⁰ « Plutôt qu'à la création de places nouvelles au-delà de 2010, la priorité est clairement donnée en institution à la fois au renforcement des taux d'encadrement et à la restructuration physique du parc sur les vingt prochaines années. » *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* S. LE BOULER. Centre d'analyse stratégique. p 95.

de maltraitance dans les établissements »⁴¹. Le projet architectural adossé au projet de vie facilitera :

- la prévention ou la compensation d'une déficience à venir ;
- l'amélioration de la qualité de la vie ;
- l'accomplissement des gestes du quotidien (se laver, se mouvoir, s'habiller) ;
- la participation aux activités sociales (lire, communiquer, se promener) ;
- la possibilité de recevoir les soins nécessités par son état.

L'architecture devra à la fois tenir compte de la dépendance des personnes accueillies, et être évolutive dans le temps. Une directrice interviewée, Madame S., ayant restructuré son établissement il y a environ quatre ans, précise que si son projet se déroulait actuellement, son principal souci serait la dépendance. Pour pouvoir y répondre, il faut essayer d'être polyvalent en recherchant un maximum de souplesse dans le mode de prise en charge. Son projet s'orienterait vers une organisation en petites unités de vie qui limiterait les longs couloirs. Afin de casser ce type d'organisation, une autre directrice, Madame G. a intégré dans son projet architectural la création de renforcements dans les couloirs où peuvent être se loger des petits salons où les résidents peuvent s'asseoir, des locaux techniques. L'organisation en petites unités de vie évolutives permet une affectation dans l'espace et dans le temps en fonction des pathologies et de leur évolution (Alzheimer, dépendance, etc.)⁴². De plus, cette organisation a un effet rassurant sur les résidents. Cette évolutivité évite la spécialisation des espaces et réduit le risque de transformer les nouvelles unités en des lieux d'exclusion.

La maison de retraite se trouve dans l'obligation de mettre en adéquation ces locaux avec l'augmentation du nombre de résidents utilisant des moyens pour se mouvoir (fauteuils roulants) ou souffrant de démence. Actuellement, la maison de retraite possède une capacité d'accueil de 78 lits, dont 54 chambres à un lit (14 m²) et 12 chambres à deux lits (22 m²). Ces chambres ont une superficie insuffisante. Cette configuration n'est plus adaptée aux besoins et attentes des personnes âgées. La modernisation de la structure passe donc par une mise aux normes des lits d'hébergement, par la création et/ou l'agrandissement des locaux de service, ainsi que par l'aménagement des espaces collectifs, grâce à la réduction de 78 à 60 lits (ces contraintes sont également retrouvées sur les 70 lits « ex-USLD », certaines chambres comprenant trois lits).

a) l'espace privé

⁴¹J.P. CHARDONNET. *Hébergement des personnes âgées ou dépendantes ; quelques principes fondamentaux de conception*. Gestions hospitalières, janvier 2008. p. 48.

⁴² J.P. CHARDONNET. Op.cit. p. 49.

La chambre doit être spacieuse et personnalisable, afin de pouvoir positionner le lit de différentes façons et de disposer d'un espace où l'on puisse recevoir : par exemple un petit coin salon. Les équipes ont souligné qu'il était important d'avoir assez d'espace pour pouvoir mettre un lit pliant pour les familles. La chambre pourra comprendre une petite entrée afin d'assurer une transition entre les espaces collectifs (couloirs) et l'espace privé. L'installation de prises internet dans les chambres sera privilégiée, les prochaines générations de résidents pouvant posséder un ordinateur personnel.

b) les espaces collectifs

Ce sont les locaux dédiés à la vie sociale et à l'animation. Ces locaux comprendront :

- un espace multimédia et informatique offrant la possibilité d'envoyer aux familles et aux proches les photographies des fêtes organisées sur l'établissement ;
- un espace pour les ateliers cuisine ;
- une salle de lecture ;
- un espace de repos ;
- un espace réservé à l'exercice des cultes ;
- une grande salle polyvalente pour accueillir les activités collectives : jeux avec les bénévoles, danse, gymnastique douce, les rencontres intergénérationnelles ;
- un jardin thérapeutique.

Des espaces de déambulation seront prévus, sans être strictement réservés aux résidents. En effet, ce sont aussi des espaces de transition, des lieux de passage. On pourra avoir recours à des dispositifs sécuritaires non pour contrôler les résidents mais assurer leur liberté d'aller et venir.

Des locaux d'accueil seront mis à disposition des familles et des résidents : un bureau où se situeraient un secrétariat, un salon où les résidents et leurs familles pourraient se retrouver autour d'une boisson, un espace réception pour déjeuner en famille. La création d'espaces polyvalents est également indispensable afin d'assurer des hébergements séquentiels (accueil de jour, hébergement temporaire).

L'aménagement des abords de la nouvelle entité est demandé afin de :

- rendre le parc plus accessible ; à cette fin la largeur des chemins sera revue pour faciliter le croisement des chaises roulantes;
- rendre ce lieu accessible aux familles en réaménageant les parkings.

B - Donner une plus grande cohérence au travail des équipes

Cette cohérence sera rendue possible par une nouvelle articulation entre l'espace privé et l'espace institutionnel (les soins et les services). Il est important d'assurer la mixité entre ces espaces pour créer la proximité entre tous les usagers. Ceci demande une répartition harmonieuse des locaux techniques et de soins, et prévoir de l'espace pour ces différents locaux. Madame S., directrice de maison de retraite, le réaffirme : « Dans la restructuration on a négligé les bureaux, il y a eu un manque d'anticipation. Il faut penser au personnel administratif, aux kinésithérapeutes, à l'ergothérapeute, à la diététicienne, au psychologue aux services techniques, etc., afin de prévoir des locaux pour chacun ». On ne peut pas négliger ces espaces, ceci constitue une demande des équipes : envisager une architecture qui diminue les « pas perdus », éviter que tous les locaux techniques nécessaires à l'organisation du travail ne se trouvent au fond d'un couloir. Ils doivent se rapprocher des chambres.

Parmi les espaces indispensables, je citerai :

- les locaux de services : ménage, nettoyage des matériels ;
- les locaux de soins : salle de soins, salle de consultations, offices de soins dans les étages ;
- les services logistiques : l'espace lingerie, les offices de salles à manger, les locaux techniques ;
- les salles de réunion, pour ne pas utiliser les locaux collectifs des résidents ;
- les espaces pour les personnels : des vestiaires en nombre suffisant, des salles de pause (actuellement ce lieu n'existe pas, un coin de la salle à manger isolé par un paravent en fait office), des parkings réservés au personnel.

La souplesse nécessaire à ces nouveaux dispositifs architecturaux demande le développement d'éléments variables. Ceux-ci peuvent être obtenus par un léger surdimensionnement des espaces et la mise en place d'une structure porteuse sur

poteaux⁴³. Il est de très loin préférable de surdimensionner les espaces, que l'inverse. En effet, modifier l'organisation des espaces après une réhabilitation est compliqué, coûteux, voire impossible.

Anticiper les modifications architecturales du bâtiment, l'adapter aux évolutions de fonctions et de la demande implique que le projet architectural s'inspire du projet de vie. Pour cela la structure devra mettre en place une organisation favorisant le lien entre ces différents projets.

⁴³ MECHKAT C., BOULDIN B. Quelle architecture pour une société fragilisée par son vieillissement ? *Gérontologie et Société*, n°119. p 65.

3 Les actions à mettre en place afin de relier le projet de vie au projet architectural

Depuis une dizaine d'années, l'établissement a constitué de nombreux groupes de travail sur les différents projets de restructuration de l'établissement : unité Alzheimer, unité hébergeant des adultes handicapés vieillissants, restructuration des maisons de retraite, etc. De son côté, la responsable qualité anime plusieurs groupes de travail sur des points qualité, tels le circuit du médicament, l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce qui m'a interpellée c'est qu'aucun comité de pilotage n'ait été constitué. Plusieurs directeurs adjoints se sont succédé pour la gestion de ces dossiers, ce qui n'a certes pas facilité la mise en place du comité. Au fil de mes interviews, je me suis rendue compte que sa constitution était une nécessité pour donner l'impulsion indispensable aux grandes orientations de l'établissement.

3.1 L'impulsion de la Direction dans une démarche participative

Le projet architectural et le projet de vie vont cheminer ensemble, la cohérence étant assurée par le directeur. En effet, l'impulsion de la direction en est la condition sine qua non car elle constitue l'essence même de la démarche projet. Ainsi le projet ne pourra aboutir que si un réel intérêt lui est porté par le dirigeant de la structure. L'implication du directeur influe sur les valeurs et l'état d'esprit de l'établissement. Il devra adopter une démarche participative et pluridisciplinaire afin d'impliquer tous les acteurs : les personnels, les résidents et leurs familles dans une démarche de projet dynamique.

3.1.1 Mobiliser tous les acteurs autour du projet architectural

A – L'incontournable mobilisation de l'ensemble des professionnels de la structure

Les différentes catégories de personnel (salariées ou libérales) ont acquis des savoir-faire, des compétences afin de répondre aux besoins des personnes âgées. Impliquer l'ensemble des personnels le plus tôt possible est primordial dans l'aboutissement du futur projet architectural, ceci dès la rédaction du projet de vie. Comme le souligne Jean-Jacques Amyot : « chaque professionnel, parce qu'il est impliqué à un degré ou à un autre sera reconnu dans sa compétence et son expérience. Cette participation permettra d'affirmer qu'aucun membre de l'équipe n'est secondaire... Cette égalité de parole

donnera à chacun sa place dans la mise en œuvre du projet »⁴⁴. Le projet de vie est vécu par les équipes comme une réelle opportunité : rendre cohérentes les différentes logiques soignante, médicale, administrative, hôtelière... Dans le projet de vie s'inscrit la complémentarité des rôles et des compétences de chacun. C'est en ces termes que chaque membre du personnel, chaque intervenant, est partie prenante du futur projet architectural.

Les directeurs d'établissement sont de plus en plus confrontés à l'incertitude : accumulation des réformes passées et à venir (loi du 2 janvier 2002, réformes de la tarification, des USLD, des SSR...). Selon Françoise Dupuich-Rabasse : « un des outils actuels du management de l'incertitude est le travail en équipe. Ce concept de collaborations, de coopérations et d'actions collectives, face à l'adversité... accentue la motivation des personnels »⁴⁵. Pour être accompagné dans ses projets, le directeur doit motiver l'ensemble des intervenants. Mais comment créer cette dynamique essentielle ?

Le travail en équipe est habituellement présenté comme un moyen d'optimiser l'efficacité des individus et des organisations. Or, si ce mode d'organisation du travail a généralement une bonne presse chez les dirigeants, il n'en est pas toujours de même chez les individus auxquels on demande de travailler en équipe. Alors que certains s'y montrent favorables, d'autres voient d'un bien mauvais œil ce type d'organisation. Le travail en équipe ne se décrète pas.

Chaque individu est porteur d'un système de valeurs, et le travail est devenu une forme de réalisation de soi. Le bon fonctionnement d'une structure dépendra de la manière dont elle est capable d'assurer la coexistence entre les différents systèmes de valeurs du personnel⁴⁶. Il est donc vital pour l'établissement de recueillir l'adhésion du plus grand nombre aux projets de la structure. L'individu peut être considéré comme une ressource au service de la structure mais aussi comme une ressource à développer. Il s'agit bien de chercher une cohérence entre la stratégie globale de la structure et de celles des individus y travaillant⁴⁷.

L'élément fédérateur des différents intervenants se situe autour de ces valeurs. Comme le rappelle Monsieur P., directeur d'un hôpital local, : « la communication est un support incontournable pour transmettre non seulement les objectifs du projet, mais aussi les valeurs auxquelles le projet se rattache ». La communication assure la coordination des différents services et la constitution d'un collectif de travail. Elle oriente aussi les comportements individuels de manière à les rendre compatibles avec l'intérêt de la

⁴⁴ J. J. AMYOT et A. MOLLIER. Op. Cit. p. 130/131.

⁴⁵ F. DUPUICH-RABASSE. La gestion des compétences collectives. Paris : L'Harmattan. p. 64/65.

⁴⁶ F. DUPUICH-RABASSE. Op.cit. p. 50.

structure⁴⁸. Elle prépare l'apprentissage du changement en s'appuyant sur les valeurs communes à l'établissement et aux personnels. C'est pourquoi ce n'est jamais une perte de temps de les rappeler en s'y référant. Elles sont inscrites dans le projet d'établissement et le projet de vie.

Le travail des professionnels autour du projet de vie va directement influencer sur le futur projet architectural. Même si le poids des habitudes est important (j'ai pu le constater lors des réunions du groupe de travail), il faut savoir les remettre en question en interrogeant les pratiques. Ceci permet de conserver un œil critique sur l'environnement de travail : les situations au travail, les bâtiments et les relations entre personnes.

Cette implication des personnels est essentielle car elle peut aussi prévenir du coût humain des travaux. Dans sa thèse de doctorat, Elise Ledoux revient sur cet aspect souvent oublié. « Lorsque l'établissement doit demeurer en fonction pendant toute la durée des travaux, les personnels travailleront dans des environnements en transformation constante et dans des conditions d'ambiance difficiles (bruits, poussières)... Chaque phase des travaux peut impliquer le déménagement des résidents, une modification de la répartition des tâches entre les personnels, des transformations ponctuelles de l'organisation du travail. Les travaux ont un coût pour les personnels qui doivent assurer le fonctionnement de l'établissement malgré l'ensemble de ces transformations »⁴⁹. Associer les personnels au projet architectural le plus en amont rend possible la prévention de ce coût, en les préparant au deuil à venir des anciens bâtiments. Maintenir l'esprit critique tout en accompagnant les personnels vers d'inévitables transformations est un des aspects majeurs de la mobilisation des équipes par le directeur.

B – la mobilisation des résidents et de leurs familles

Le principal bénéficiaire du futur projet architectural est le résident. Il est au centre de la démarche du projet de vie. Sa participation ainsi que celle de sa famille est requise lors de l'élaboration du projet de vie. Mais cette participation est intimement liée au recueil de la parole. Or au quotidien, on peut noter une relative pauvreté des échanges verbaux⁵⁰. La routine et le manque de temps en sont les principales causes. Impliquer l'expression des personnes âgées dans la démarche projet peut avoir des conséquences sur le rapport de pouvoir qui s'est installé entre les personnels et les résidents, cela demande de la part des personnels une certaine qualité d'écoute afin d'entendre et de comprendre ce que les

⁴⁷ F. DUPUICH-RABASSE. Op.cit. p. 51.

⁴⁸ F. DUPUICH-RABASSE. Op.cit. p. 49.

⁴⁹ E. LEDOUX. *Projets architecturaux dans le secteur sanitaire et social Du bâtiment au projet : la contribution des ergonomes à l'instruction des choix*. CNAM. p. 270.

⁵⁰ D. ARGOUD et B. PUIJALON. *La parole des vieux*. Paris : Dunod. p. 40.

personnes âgées ont à dire. C'est aussi accepter que la parole de l'autre ait du sens. Trop souvent les équipes ont tendance à privilégier la parole de ceux qui sont encore capables de s'exprimer. Pour les plus dépendants ou les plus désorientés, les proches, la famille, les représentants légaux constituent un précieux relais car ils peuvent porter la parole pouvant faire défaut aux résidents.

Le recueil de la parole des résidents peut recouvrir plusieurs formes. L'enquête de satisfaction est un questionnaire anonyme comportant un certain nombre de questions ouvertes ou fermées qui mesure la satisfaction des résidents par rapport aux prestations qui leur sont fournies. Ce support est intéressant s'il laisse aux résidents la possibilité d'y apporter des commentaires. Dans l'enquête que nous avons réalisée, ce sont les commentaires qui ont été les plus riches d'enseignements sur les attentes des résidents en terme d'espace de vie, de vie sociale. Les entretiens semi-directifs sont également un bon moyen pour susciter la parole. Compte tenu de leur caractère chronophage, il est nécessaire d'adapter l'organisation du travail. L'ensemble de ces outils sera supervisé par la direction.

Les groupes de paroles sont aussi une autre possibilité offerte à l'expression des résidents sur des thèmes bien précis. A la maison de retraite de Vihiers, ils sont souvent organisés à l'initiative des résidents. Ils ont permis d'aplanir des difficultés rencontrées notamment autour de la restauration. Ils ont été également l'occasion pour les résidents de s'exprimer sur l'organisation des espaces.

Le CVS a le mérite de prendre en compte la parole des usagers et de leurs familles. Apparu dans la loi de 1975⁵¹, le conseil d'établissement est devenu avec la loi du 2 janvier 2002 le conseil de la vie sociale. Il est constitué par des représentants des usagers de l'établissements (au moins deux), des représentants des familles ou représentants légaux, des membres du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire (un membre du CA). Le conseil peut se réunir au moins trois fois par an. Le directeur participe à ces réunions avec voix consultative. Le rôle du CVS est certes consultatif mais il donne son avis et peut faire des propositions sur les questions relatives au fonctionnement de l'établissement. Ceci peut concerner les éléments de prise en charge des résidents, le règlement intérieur, les projets de travaux et d'équipements, les conditions de logement prévues en cas de travaux. L'enquête de satisfaction était une demande forte du CVS de l'hôpital Lys Hyrôme. Ces résultats seront présentés lors d'une prochaine réunion du CVS.

⁵¹ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, parue au Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975.

Ce dernier peut constituer un véritable lieu d'expression si on accepte d'aller au-delà des trois réunions minima prévues par la loi. Ceci implique que l'institution s'interroge sur la place faite aux familles en son sein. Les familles sont aussi « utilisatrices » de l'établissement à travers l'accueil, les locaux mis à disposition, mais aussi la prise en charge réalisée par l'établissement de leurs parents.

La mobilisation des usagers autour du projet architectural au sein des groupes de travail peut être réalisée de différentes façons :

- par une communication verbale des animatrices et des soignants, complétée par un courrier de la direction adressé aux résidents ;
- des élections pourront être organisées et si aucun volontaire ne se manifeste, les représentants des résidents et des familles du CVS pourront être sollicités.

3.1.2 Mobiliser les ressources humaines afin d'assurer la continuité du travail déjà accompli

La continuité du travail entrepris par les équipes autour du projet de vie vers le projet architectural sera assurée par la mise en place d'une véritable organisation transversale et pluridisciplinaire.

A – La mise en place d'une organisation structurée

Pour que le projet puisse se dérouler dans de bonnes conditions ceci implique la mise en place d'une organisation structurée et clairement identifiée.

Le comité de pilotage

Le comité de pilotage a un rôle fondamental. En effet, il assurera la conduite du projet de restructuration. Il rédige des documents de référence, ceux-ci vont guider le directeur dans la conduite du projet. Ces documents de référence sont présentés devant les instances de l'établissement : conseil d'administration, comité technique d'établissement, conseil de la vie sociale, ainsi qu'aux autorités de tarification.

Il met aussi en œuvre le plan de communication sur la démarche. Il valide le plan du projet et en établit ainsi les priorités. Il organise également le groupe projet. Il pourra associer différents partenaires sur des points spécifiques (les autorités de tarification, les usagers et leurs familles).

Le comité de pilotage est constitué par les principaux cadres de l'établissement (services techniques, administratifs, médecin coordonnateur), par les représentants des personnels des différents services, ainsi que des représentants des usagers et de leurs familles. L'analyse des productions des groupes de travail par le comité de pilotage et la direction est essentielle pour garantir leur conformité en rapport avec les documents de référence.

Le directeur et les membres du comité de pilotage peuvent être amenés à procéder à des arbitrages, dès lors que des écarts apparaissent.

Actuellement, seule l'équipe de direction - constituée par les cadres responsables des différents services - seconde le directeur. Les projets de restructuration de l'établissement devraient s'accompagner de la mise en place du comité de pilotage.

Le groupe projet

Ce dernier est une structure opérationnelle qui fixe le plan d'action, élaboré à partir des priorités énoncées par le comité de pilotage. Ce groupe est constitué de référents, de professionnels issus de tous les services, des résidents et de leurs familles. Ce sont les référents qui assureront l'animation des différents groupes de travail. Chaque groupe de travail sera amené à travailler sur un thème donné du projet.

B – Assurer la continuité du travail accompli

Tout au long du projet, le directeur assurera le dialogue entre les différents groupes de travail et les intervenants extérieurs : programmiste, architecte. Ceci nécessite la mobilisation des personnels tant au niveau transversal que pluridisciplinaire.

A ce sujet, Madame B., cadre de santé, précise d'ailleurs : « le directeur et les cadres de santé ont une mission pédagogique (transmission de savoirs, et d'informations), et ont l'impérieuse nécessité de développer un sentiment d'appartenance à la structure ». En effet, après avoir travaillé sur le projet de vie, les personnels ne doivent pas se considérer disqualifiés par rapport au projet de restructuration. Leur implication, leur réflexion autour du projet de vie ne peut s'arrêter là. L'interdisciplinarité développée dans les réunions de travail va perdurer. Continuer à travailler sur les changements organisationnels demande le maintien de la mobilisation des personnels. Ayant vécu la visite de certification sur l'établissement, j'ai pu constater que les experts visiteurs avaient apprécié l'implication de tous. La coopération entre les membres d'une équipe de travail s'affranchit des liens hiérarchiques et crée une solidarité entre les services. Ce phénomène facilite le décroisement des structures : la gestion transversale des projets s'installe dans les organisations. « Elaborer des projets en commun permet la cristallisation des valeurs portées par les groupes sociaux »⁵².

Le projet de vie sera certes annexé au programme mais si les groupes de travail n'y participent pas, comment faire le lien entre les dysfonctionnements constatés et les évolutions souhaitées. Le projet de restructuration va impliquer l'ensemble des acteurs à toutes les étapes. Le programme, les plans du projet architectural ne doivent pas être

⁵² F. DUPUICH-RABASSE citant Renaud SAINSAULIEU. Op. Cit. p. 132.

uniquement l'affaire de spécialistes. Le directeur a la responsabilité de donner du sens et de prescrire les objectifs de la stratégie. Le directeur joue un rôle de médiateur. Le comité de pilotage et le groupe projet vont l'aider à déployer le projet. Ce sont les groupes de travail qui identifient les problèmes, les solutions et les moyens à mettre en œuvre pour tendre vers la vision du « projet idéal ». L'implication de tous consistera à créer une vision partagée du futur.

3.2 Construire un projet architectural autour des usages : une démarche prospective

La construction du projet architectural autour des usages s'appuie sur une démarche se démarquant des modèles standards.

3.2.1 Les éléments indispensables à la mise en place d'un lieu de vie

Se mettre en marge de la reproduction de bâtiments types, permet de se recentrer sur les éléments de la qualité de vie du résident.

A - S'appuyer sur le projet de vie et l'expérience d'autres établissements restructurés

Comme le soulignent J. Hanson et R. Zako dans leur communication du congrès de Delft en juin 2005⁵³, il est impératif de mettre en relation le futur bâtiment avec les éléments de la qualité de vie des résidents. Dès 2003, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec a mis sur pieds des orientations. Celles-ci visent à guider les choix organisationnels des centres d'hébergement et de soins de longue durée en matière de gestion, d'intervention et d'*aménagement*. Elles définissent aussi les modalités de prestation des soins et des services. Les voici brièvement présentées :

- les caractéristiques, besoins et attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'*aménagement* ;
- l'établissement *favorise* le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que *leur développement personnel*, tout en tenant compte de leur volonté personnelle ;
- la qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la *qualité de vie* ;

⁵³ Hanson, J. and Zako, R. (2005) *Configuration and design in caring environments: syntax and quality of life in a sample of residential care homes for older people*. In: 5th International Space Syntax Symposium, 13-17 June 2005, Delft, the Netherlands.

- l'établissement soutient le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et suscite leur implication dans la prise de décision ;
- la personne hébergée bénéficie d'*un milieu de vie de qualité* où on lui prodigue des soins et des services de qualité ;
- toute personne hébergée a droit à *un milieu de vie* qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner *un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination* ;
- l'établissement *doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles*, administratives et organisationnelles.

Toutes les valeurs sur lesquelles reposent ces orientations sont le fondement même d'un projet de vie de qualité. Il y a une interaction forte entre les éléments de la qualité de vie des résidents et tout projet développé le concernant. La forte interrelation entre projet de vie et projet architectural a également été développée dans la charte de programmation proposée par l'association EPPUR⁵⁴. Cette charte insiste sur la concertation et la participation des usagers à chacune des phases du projet. Cette approche nécessite de sortir d'une logique de « besoins », pour s'adresser aux utilisateurs de l'espace (personnel, résidents, familles) comme « des experts de l'usage ». Par conséquent, un des objectifs des groupes de travail du projet architectural est d'identifier les problèmes concernant l'organisation possible des activités envisagées en lien avec un projet de vie préalablement défini. Plus précisément, il s'agit de faire en sorte qu'il y ait échange de connaissances entre les membres des groupes de travail, et prise de conscience des uns et des autres du caractère potentiellement contradictoire des enjeux d'usages pour le futur équipement.

L'évaluation pourra être utilisée comme une « pratique réflexive »⁵⁵ sur le projet en cours d'élaboration. Elle autorisera la prise en compte de l'expérience de projets comparables déjà réalisés. D'où l'importance des visites effectuées auprès de sites déjà restructurés. Ainsi il n'est pas intéressant de noter les défauts, mais ce qui a été oublié ou non pris en compte. S'imprégner des questionnements, des doutes, des interrogations ne constitue pas une copie de ce qui a été réalisé. Madame G. déclare lors d'un de nos entretiens : « Il faut voir la maison (de retraite) finie avant de la construire ». Ces visites constituent de véritables aides et peuvent réellement influencer le projet de vie et le futur projet architectural.

⁵⁴ Evaluation, Projets, Pratiques, Paysages Urbains (EPPUR). La charte de programmation est téléchargeable sur : <http://www.accomplir.asso.fr/dossiers/renovation/contrib%20epppur> .

⁵⁵ EPPUR. Idem.

Une analyse pertinente des pratiques facilite le dépassement d'une programmation architecturale dite « fonctionnaliste », basée sur les besoins correspondant à des fonctions à satisfaire. L'architecture « fonctionnaliste » tend à dissocier les activités les unes des autres comme s'il s'agissait de tâches indépendantes. Elle ignore les conflits entre les usages potentiels car elle est déconnectée des spécificités de chaque organisation. Lorsque les usagers ne sont sollicités que sur leurs besoins, ils ont tendance à fournir des listes de locaux, d'aménagements souhaités, ce qui ne peut déboucher que sur des projets standardisés. Se limiter aux seuls besoins revient à faire abstraction des objectifs et des problèmes. Or, le programme va assurer à la fois la transcription et les explications de ces objectifs et de ces problèmes. Le programme ne propose pas de solution mais constitue une approche globale des situations de travail des personnels et des situations de vie des résidents. Pour permettre aux personnes âgées de vivre la plus grande autonomie possible en dépit de la perte d'autonomie fonctionnelle, des questions simples sont à se poser concernant la toilette, les repas, le sommeil, les loisirs comme toute autre activité : Quand ? Où ? Jusqu'où ? Comment ? Qui ? Avec qui ? Et toujours pourquoi ?

Régis Herbin, directeur du CRIDEV⁵⁶ déclarait récemment lors d'une interview qu' « il s'agit de promouvoir la démarche HQU (Haute Qualité d'Usage) en parallèle à la démarche HQE (Haute Qualité Environnementale). La HQU permet ainsi de prendre en compte l'ensemble des comforts d'usage dès l'origine du projet ; d'avoir une approche transversale et globale entre tous les acteurs du cadre bâti ; de mettre en place des procédures de développement continu de la qualité d'usage pour tous ; d'avoir une démarche de prévention et non de réparation »⁵⁷.

Ces notions deviennent un critère essentiel pour les financeurs. L'Instruction technique du 15 mai 2008 de la CNSA relative à la mise en oeuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées (enfants et adultes) en 2008⁵⁸ indique que : « Les critères qualitatifs (conventionnement, habilitation aide sociale, diversification des modes d'accueil...) sont réaffirmés et l'instruction des demandes va garantir l'inscription des opérations dans *des projets d'établissement adossés à de véritables projets de vie*. Dans l'esprit des travaux initiés par la DGAS pour soutenir les gestionnaires d'établissements dans leurs efforts d'orientation de la *qualité d'usage des espaces de vie*, vous poursuivrez le dialogue avec les maîtres d'ouvrage pour promouvoir une conception rénovée des lieux de vie. Dans le

⁵⁶ Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie.

⁵⁷ Interview réalisée pour le dossier accessibilité du CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment). Ce dossier est téléchargeable sur : <http://www.cstb.fr/actualites/webzine/thematiques/accessibilite> .

⁵⁸ Cette instruction est téléchargeable sur :

même but, le plan (d'aide à l'investissement) ne doit pas contribuer à *financer de simples mises aux normes sanitaires* ou de sécurité non assorties d'un *projet de rénovation globale des espaces de vie*. »

Afin que les projets de restructuration/rénovation soient valorisés et soutenus auprès des autorités de tarification, ces projets doivent être accompagnés, d'où la nécessité de bien choisir ses prestataires.

B- Bénéficiaire d'un accompagnement réussi : savoir choisir ses prestataires

Un projet architectural peut être découpé en plusieurs phases⁵⁹ :

- l'initialisation de la conduite d'opération : origine des besoins (projet de vie/projet de soins), constitution de l'équipe (maîtrise d'ouvrage, groupe projet, conducteur d'opérations) ;
- les études d'opportunité et de faisabilité : identification des sites envisageables, évaluation du budget, des délais, choix des options ;
- le programme technique détaillé : définition des besoins et des contraintes, définition détaillée des fonctions, espaces et flux, des prestations techniques attendues ;
- la conception : esquisse, avant projet sommaire, avant projet détaillé, projet, consultations des entreprises ;
- les travaux ;
- la réception des travaux.

Schématiquement à chaque grande phase correspond un type de prestataire qui rend compte à la maîtrise d'ouvrage, assurée par le directeur de l'établissement conformément à la loi MOP⁶⁰. Tous les directeurs rencontrés ont fortement insisté sur l'accompagnement du maître d'ouvrage : « savoir se faire accompagner, être bien accompagné ». Le choix des prestataires est vital. Le directeur, le comité de pilotage ne sont pas des experts dans l'art de la construction. Tous les directeurs ont attiré mon attention sur la phase dite de programmation. L'élaboration du programme nécessite un travail d'investigations (constats, collecte de données, diagnostic, enquêtes, etc.) et une réflexion prospective pour expliciter les objectifs de l'opération projetée et les moyens pour les atteindre. Le maître d'ouvrage a généralement intérêt à faire appel à un prestataire spécialisé, dit « programmiste ». Le choix du programmiste est donc un élément majeur. En effet, celui-ci

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Instruction_CNSA_PAI_2008 .

⁵⁹ D'après le guide : *Gestion de projet appliquée à la conduite d'opération*. Edité par le centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques. Ministère de l'équipement, des transports et du logement.

⁶⁰ La loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée, parue au Journal Officiel du 13 juillet 1985.

est un « intermédiaire » entre les objectifs du projet et les choix de fonctionnement. Un autre élément d'importance, le programmiste devra partager les valeurs de l'établissement. S'il ne les intègre pas, le risque est grand pour que le programme ne soit qu'un catalogue de besoins de locaux. Un « bon programme » est requis pour espérer obtenir des propositions pertinentes de la part des maîtres d'oeuvre chargés de la conception.

La maîtrise d'œuvre est assurée par l'architecte (article 7 de la loi MOP). Le rôle de l'architecte consiste à retranscrire dans le projet architectural les besoins exprimés dans le programme technique détaillé. La commande doit être claire, mais surtout des conditions d'échanges seront établies. Tous les directeurs m'ont fait part des difficultés rencontrées avec les architectes : difficultés de langage, difficultés à se rencontrer. En effet, le programme peut ne pas comporter toutes les exigences du maître d'ouvrage. Il est donc indispensable que les conditions d'échanges entre l'architecte et les usagers, à travers les groupes de travail, soient prévues dans le contrat de maîtrise d'œuvre. Madame G., directrice d'une maison de retraite, va plus loin. Elle précise que : « l'architecte est là pour rappeler les règles de sécurité, les normes d'accessibilité. Le bâtiment ne peut être seulement beau, il a l'obligation de répondre aux attentes des usagers en terme de qualité de vie. Il est essentiel que l'architecte nous écoute, et parle notre langage ».

3.2.2 S'engager dans une démarche originale sans chercher à reproduire de modèles

« Pris entre "ce qui se fait" (la mode) et "ce qu'on doit faire" (les normes), les gestionnaires ont du mal à se transformer en porteurs de projet, alors qu'il est toujours pertinent de réfléchir à ce qu'on veut faire dans le bâtiment projeté »⁶¹. S'appuyer sur les normes existantes est incontournable. Ni une construction neuve, ni la réhabilitation d'un bâtiment existant ne peuvent s'affranchir d'un cadre réglementaire strict.

A- S'appuyer sur des normes de constructions existantes

Le cahier des charges de la réforme de la tarification des établissements⁶² fournit une excellente base de réflexion et de questionnement pour valider le futur projet architectural. En effet, ce texte parle de recommandations et non de normes techniques de

⁶¹ Colette EYNARD et Didier SALON. *Architecture et Gérontologie*. Paris : L'Harmattan. p. 27.

fonctionnement. Ce référentiel donne des repères en terme d'objectifs à atteindre. Ainsi, les espaces destinés aux personnes âgées dépendantes doivent être conçus de manière à ce qu'ils contribuent directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser le mieux possible leur sociabilité et instaurer une réelle appropriation de l'institution par les usagers.

La conception des espaces répond à trois impératifs :

- être d'abord un lieu de vie ;
- être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance
- être un lieu de prévention et de soins où sont prodiguées de façon coordonnée les prestations médicales et paramédicales nécessaires aux résidents.

Ces exigences de qualité doivent être prises en compte dans : l'espace privé et les espaces collectifs.

a) L'espace privé

Il est considéré comme la transposition en établissement du domicile du résident. Il est primordial qu'il puisse être personnalisé et offre la possibilité aux personnes âgées qui le souhaitent d'y apporter du mobilier personnel. La conception de cet espace s'apparente à celle du logement (l'équivalent d'un chez-soi). L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il nécessite une surface suffisante afin d'en moduler l'organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution, évitant ainsi des transferts géographiques pouvant induire une perte des repères du résident. Il comprendra un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires) et pourra être doté d'une kitchenette. Il est recommandé que les surfaces minimales atteignent dans un établissement neuf : de 18 à 22 m² pour un logement individuel et 30 à 35 m² pour les logements doubles.

Les recommandations relatives aux autres établissements sont les suivantes : de 16 à 20 m² pour un logement individuel, de 20 à 25 m² pour les logements doubles, et de 20 à 22 m² carrés lorsqu'il s'agit d'un logement doté d'une kitchenette.

La proportion de chambres à deux lits ne devrait pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale d'un établissement, étant entendu qu'il apparaît plus adapté de prévoir des chambres individuelles pouvant communiquer.

⁶² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales paru au Journal Officiel du 27 Avril 1999.

b) Les espaces collectifs

Ces espaces comprennent :

- Les espaces de vie collective dont le nombre, la taille et la vocation sont fonction du projet de vie.
- Les espaces de circulation doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des divers lieux, intérieurs comme extérieurs. Ils doivent par ailleurs bénéficier le plus possible d'un éclairage en lumière naturelle. Ils doivent être conçus de manière à pouvoir y circuler en fauteuil roulant et déplacer aisément les chariots nécessaires à l'entretien et éventuellement à la restauration.

c) Les espaces spécifiques

- Les espaces de soins : ces espaces doivent être la traduction architecturale des caractéristiques du projet de soins adopté par l'établissement dans le cadre de son projet d'établissement (locaux pour les soins paramédicaux, la rééducation et cabinet médical).
- Les autres espaces : ceux-ci pourront être des espaces intergénérationnels (crèche, etc.) ou un salon d'esthétique, de coiffure, des salles de réunions.

La conformité aux normes de sécurité incendie, d'hygiène sanitaire et alimentaire de l'hôtellerie et de la restauration ainsi que la conformité aux normes d'accessibilité sont également demandées. Ces dernières ont été rendues plus strictes. Un nouveau dispositif législatif issu de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005⁶³ donne, pour la première fois, aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées une priorité sociétale. Cette loi prend en compte l'ensemble des handicaps⁶⁴, il n'est donc plus question de se limiter au seul handicap moteur. D'où, notamment, une inévitable adaptation des règles de construction des espaces à vivre. Le CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment) a publié deux guides qui viennent compléter les recommandations du cahier des charges de la réforme de la tarification des établissements de la réforme. Il s'agit :

- du guide « **Sécurité et mise en conformité des bâtiments** », pour établir un diagnostic avec sûreté et choisir la meilleure solution technique concernant les

⁶³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, parue au Journal Officiel du 12 février 2005.

⁶⁴ Est désormais considérée comme handicapée toute personne qui a « *une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou trouble de santé invalidant* » (article 2 de la loi n° 2005-102).

domaines suivants : sécurité incendie, accessibilité handicapés, installations électriques, installations de gaz, hygiène et santé ;

- du guide « **Concevoir un espace public accessible à tous** ». Basé sur la mise en situation et la chronologie, il permet de : repérer, pénétrer, circuler, sortir. Cet ouvrage aide à maîtriser la problématique de chaque espace : voirie, entrée, circulations, locaux, sortie, pour chaque type de handicap... Quels que soient le type de bâtiment et le type d'intervention, travaux neufs, rénovation, mises aux normes...

Les autorités de tarification peuvent aussi fournir des informations aux directeurs d'établissement en terme d'aménagement des espaces. Ainsi le Conseil Général du Haut-Rhin a élaboré un abécédaire pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement des personnes âgées.

Au-delà des normes et de la réglementation, d'autres aspects sont à prendre en compte. Il ne suffit pas de reproduire des normes sans les questionner. Il est également utile d'en mesurer la correspondance avec les objectifs spécifiques de l'établissement.

B- S'engager dans une démarche prospective

Les normes de construction ont leurs limites. Un projet architectural est l'occasion de changements organisationnels majeurs qui vont au-delà du projet architectural lui-même. Comme je l'avais évoqué plus haut (Cf. infra), la prise en compte des situations de travail va être déterminante. La caisse régionale maladie du sud-est, en association avec le SYNERPA (Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées), a édité un guide de conception des lieux de travail à l'attention des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les expériences étrangères sont aussi riches d'enseignements. L'ASSTSAS au Québec (Association pour la Santé et la Sécurité du Travail Affaires Sociales) œuvre à la santé au travail depuis de nombreuses années. Cet organisme effectue de nombreuses interventions auprès d'établissements médico-sociaux. Son site internet met à disposition de nombreuses brochures. « Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé » peut être utilement consulté pour la création d'une unité Alzheimer, « Aide à la conduite de projet architecturaux » permet d'initier la réflexion sur une démarche de projet architectural. Ses intervenants sont des ergonomes, des sociologues. En France L'ANACT⁶⁵ et son réseau ARACT peut être sollicité pour des interventions sur établissement. La thèse de doctorat en ergonomie d'Elise Ledoux est basée sur l'intervention d'une équipe d'ergonomes en

⁶⁵ Agence Nationale pour l'amélioration des Conditions de Travail.

maison de retraite. Trop souvent les ergonomes interviennent lorsque les bâtiments sont construits leurs interventions se limitant alors à solutionner des problèmes sur des postes de travail. Or la thèse soutenue par Elise Ledoux démontre l'intérêt d'une intervention des ergonomes très en amont. Lors de cette intervention les ergonomes ont participé à la réécriture du projet d'établissement, l'élaboration du programme technique détaillé et accompagné la maîtrise d'ouvrage dans son dialogue avec la maîtrise d'œuvre.

Lors de la journée de la FHF (Fédération Hospitalière de France) du 29 novembre 2007 à Angers, la directrice de l'hôpital local de Penne-d'Agennais, Madame Geneviève Terrien, est venue présenter l'expérience de la restructuration de son établissement. Elle a dit combien avait été décisive l'intervention des ergonomes de l'ARACT⁶⁶.

En quoi l'intervention d'un ergonome sur un projet de restructuration peut-elle être intéressante ? Si je prends l'exemple de la chambre, celle-ci constitue à la fois le lieu de vie de la personne âgée accueillie, et l'espace de travail du soignant. Le rôle de l'architecte va être la détermination des contours de la chambre. L'ergonome renseigne l'architecte sur les espaces : par exemple, l'espace de travail qui sera nécessaire pour réaliser les soins, les espaces indispensables au résident. Sur un des établissements visités, un élément incontournable de la chambre était de pouvoir recevoir, c'est-à-dire d'accueillir d'autres personnes autour d'une table, d'entreposer un lit pliant lors de la venue d'un membre de la famille. Il fallait que ces espaces de vie soient associés aux espaces de travail des soignants. La transmission de ces éléments à l'architecte a permis de rendre le nouveau bâti conforme aux attentes.

Elise Ledoux⁶⁷ parle de situations d'interaction entre le personnel et les résidents ainsi qu'entre le personnel et les visiteurs (fournisseurs, familles). Elle insiste également sur la répartition des tâches, plus exactement sur l'organisation dans le temps des différentes actions. Elle rapporte les difficultés rencontrées sur la transposabilité des observations réalisées dans le futur. L'ASSTSAS⁶⁸ insiste sur l'anticipation des activités. Celle-ci peut être réalisée grâce à l'élaboration de scénarii à l'intérieur des groupes de travail. Cette démarche implique de travailler sur les pratiques afin d'élaborer « des principes organisateurs »⁶⁹ de l'espace. Cela consiste à établir des repères visant à définir la configuration des locaux les uns par rapport aux autres afin de faciliter les interactions entre le personnel des différents services. Cette démarche se situe au-delà du projet architectural lui-même puisqu'elle impacte l'organisation du travail, des soins et des services (logistique, restauration ...).

⁶⁶ Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

⁶⁷ Elise LEDOUX. Op. Cit. p. 131.

⁶⁸ Brochure « aide à la conduite de projet architecturaux ». ASSTSAS.

Les directeurs et directrices rencontrés ont parlé des difficultés à se projeter au travers de la lecture de plan. Lors de la formation « architecture et personnes âgées »⁷⁰, Monsieur Alain Bonnière, directeur d'un hôpital local, a fait part de son expérience de travaux. Il a présenté au groupe de personnes présentes, les solutions qu'il avait développées pour pallier ces difficultés. Tout d'abord, certains membres du personnel avaient été formés à la lecture de plan. Avec l'architecte, il a fabriqué des maquettes en carton pour pouvoir mieux matérialiser les emplacements et les circulations. Enfin, il a construit une chambre témoin grandeur nature, afin que les soignants et les résidents puissent se rendre compte des dimensions de la chambre.

Elaborer des méthodes pour accompagner la maîtrise d'ouvrage est indispensable afin d'éviter tout glissement de tâches entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre. Le responsable d'établissement ne doit pas être seul dans cette aventure. Adosser la démarche projet à une démarche qualité est essentielle, puisque la qualité ne peut être obtenue que si elle est partagée de tous. S'engager dans un tel schéma consiste à se référer aux savoir-faire et aux usages déjà présents et que l'on souhaite développer. Ce schéma s'appuie également sur de nouvelles normes, par exemple HQE, de nouveaux standards de qualité, de nouveaux outils tels le guide d'appréciation des espaces de vie⁷¹, sans pour autant négliger les exemples innovants qui ont pu être développés dans la région ou à l'étranger (travaux de l'ASSTSAS).

L'hôpital Lys Hyrôme dispose de nombreux atouts. Il a su développer une culture du « travailler ensemble ». Cette dynamique ne peut être stoppée, elle est à maintenir, afin de conduire à terme l'important chantier de restructuration que l'établissement a à mener.

⁶⁹ Elise LEDOUX. Op. Cit. p. 302.

⁷⁰ Organisée par le CNEH (centre national de l'expertise hospitalière) les 7 et 8 avril 2008.

⁷¹ *Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Presses de l'EHESP (à paraître).

Conclusion

Le projet architectural est une traduction du projet de vie. Il retranscrit les objectifs à atteindre ensemble, même si les aspirations des uns et des autres sont parfois contradictoires. Tout projet architectural demande une grande anticipation et se déroule sur plusieurs années. Il constitue un enjeu stratégique pour l'établissement au regard du public accueilli, des politiques locales et nationales.

Le projet de vie n'est pas le seul préalable au projet architectural. En effet, il convient d'intégrer dans la démarche d'autres préalables tels que le projet social et le projet de soins. Il faut également prendre en compte les aspects managériaux et organisationnels de l'établissement. Comme certains directeurs interviewés l'ont souligné, l'architecture n'est pas une fin en soi. Elle est étroitement imbriquée aux pratiques et aux savoir-faire développés par les équipes. Cette association réussie, cette alchimie permettra de prendre soin des résidents et participer à l'accompagnement des familles.

Cependant, Mme S. et M. B., directeurs d'établissement, ont tempéré cette vision idyllique. Même si l'établissement s'être projeté dans sa vision du projet « idéal », la confrontation à la réalité financière peut contraindre à de douloureuses révisions⁷². Lors de la formation du CNEH du 7 et avril 2008, Monsieur Alain Bonnière a particulièrement insisté sur la nécessaire anticipation du financement des travaux de restructuration. En effet, la participation financière de l'Etat et du Conseil Général se réduit (de nombreux établissements sont à restructurer), ce malgré les différents plans gouvernementaux qui se sont succédés ces dernières années. D'autres pays se sont retrouvés dans cette situation : c'est le cas de la Belgique, l'Allemagne, la Suisse. Pour ces pays, la solidarité nationale a su y apporter une réponse.

Si l'augmentation des financements n'est pas effective, les établissements devront élaborer des plans de financement comportant une part plus importante d'autofinancement et se constituer des réserves, afin de pouvoir négocier et emprunter auprès des établissements bancaires des prêts abordables. La présence d'entreprises de crédit à de nombreuses journées organisées en région n'est pas anodine.

Les responsables deviennent de véritables managers d'entreprises et doivent face à des responsabilités de plus en plus lourdes. C'est aussi pour cette raison que les gestionnaires d'établissement doivent savoir s'entourer. Il en va de la survie des projets architecturaux des établissements.

⁷² Lors de mon stage extérieur réalisé au service « tarification » du Conseil Général de Loire-Atlantique, le coût de la restructuration d'une chambre était estimée à 90 000 €.

Bibliographie

Ouvrages

- AMYOT J-J., MOLLIER A., 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 242 p.
- ARGOUD D., PUJALON B., 1999, *La parole des vieux*, Paris : Dunod, 228 p.
- BADEY-RODRIGUEZ C., 2003, *La vie en maison de retraite*, Paris : Albin Michel, 244 p.
- BECKER J-C., BRISONNET C., LAPRIE B., MINANA B., 2004, *Projet d'établissement comment le concevoir et le formaliser*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 183 p.
- BRAMI G., 2004, *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*, Paris : Berger-Levrault, 2^{ème} édition, 284 p.
- DEHAN Ph., 2007, *L'habitat des personnes âgées*, Paris : Le Moniteur, 2^{ème} édition, 344p.
- DELAMARRE C., 2007, *Démence et projet de vie*, Paris : Dunod, 222 p.
- DUCALET Ph., LAFOURCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Seli Arslan, 272 p.
- DUPRE-LEVEQUE D., 2001, *Une ethnologue en maison de retraite*, Paris : Editions des archives contemporaines, 119 p.
- DUPUICH-RABASSE F., 2006, *La gestion des compétences collectives*, Paris : L'Harmattan, 218 p.
- EYNARD C., SALON D., 2006, *Architecture et Gérontologie*, Paris : L'Harmattan, 217 p.
- MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B., 2005, *Le métier de directeur techniques et fictions*, Rennes : Editions ENSP, 269 p.
- SERRES J.C., 2006, *Manager dans l'incertitude*, AFNOR, 195 p.
- VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAU M., 2005, *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, Ramonville : Editions Erès, 198 p.
- VERCAUTEREN R., 1999, *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées, manuel des pratiques du projet de vie*, Ramonville : Editions Erès, 271 p.

Cours, formation

Formation CNEH « Architecture et personnes âgées » les 7 et 8 avril 2008.

Revue, articles, conférences

- CHARDONNET J.P., 2008, « Hébergement des personnes âgées ou dépendantes, quelques principes fondamentaux », *Gestions hospitalières*, n°472.
- MECHKAT C., BOULDIN B., 2006, « Quelle architecture pour une société fragilisée par son vieillissement ? », *Gérontologie et société*, n°119.

VERCAUTEREN R., 2007, « Des projets à l'accompagnement de la personne âgée », Les cahiers de l'actif, n°372/375.

VILLEZ A., 2002, « Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD », Les cahiers de l'actif, n°318/319.

HERBIN R., 2008, « il faut dépasser le handicap pour atteindre la qualité d'usage universel », dossier accessibilité du CSTB (Centre Scientifique et Technique du Bâtiment). Site visité le 27 juillet 2008. Disponible sur Internet : <http://www.cstb.fr/actualites/webzine/thematiques/accessibilite>.

HANSON, J. and ZAKO, R., 2005, *Configuration and design in caring environments: syntax and quality of life in a sample of residential care homes for older people*. In: 5th International Space Syntax Symposium, 13-17 June 2005, Delft, The Netherlands. Site visité le 27 juillet 2008. Disponible sur Internet : <http://eprints.ucl.ac.uk/3297>.

Thèses, mémoires

LEDOUX E., 2000, *Projets architecturaux dans le secteur sanitaire et social : du bâtiment au projet, la contribution des ergonomes à l'instruction des choix*. Thèse pour le Doctorat en Ergonomie, CNAM.

MOURET J., 2006, *L'architecture au service de l'accompagnement de la personne âgée dépendante. Construire un projet architectural gérontologique : l'exemple de la structure pour personnes âgées du centre hospitalier de Bergerac*. Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, DESS.

KEMPF V., 2005, *Projet de transformation des unités de soins de longue durée du groupe hospitalier privé du centre alsace en EHPAD*. Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, CAFDES.

ORELLANA-GELAIN B., 2007, *Le concept de projet de vie en institution gériatrique*. Mémoire de l'Université Paris XI, Master Ethique, Science, Santé et Société.

BESSION L., 2003-2005, *Infirmier (ière) en gériatrie : une spécialité ?* Mémoire du diplôme de cadre de santé, IFSI Angers.

Rapport, études

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, Juin 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*. Second rapport de la mission : « prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes ». LE BOULER S. 308 p.

FEDERATION NATIONALE DES AGENCES D'URBANISME, novembre 2007, *Seniors : quelle intégration dans les documents de planification et d'urbanisme ?* 59 p.

DOCUMENTATION FRANCAISE, 2007, *Le vieillissement en Europe*. BARNAY T, SERMET C. 188 p.

OCDE, 2007, *Panorama de la santé 2007 : les indicateurs de l'OCDE*. 195 p.

EPPUR (Evaluation, Projets, Pratiques, Paysages Urbains), mars 2005, *Contribution à l'élaboration d'une Charte de programmation concertée et participative*. Visite du site le 27 juillet 2008. Disponible sur Internet :

<http://www.accomplir.asso.fr/dossiers/renovation/contrib%20epppur>.

FONDATION MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME, juin 2006, *L'EHPAD pour en finir de vieillir*. JAUJOU N., MINNAET E., RIOT L. 255 p.

CERTU (CENTRE D'ETUDES SUR LES RESEAUX, LES TRANSPORTS, L'URBANISME ET LES CONSTRUCTIONS PUBLIQUES), juin 2000, *Gestion de projet appliquée à la conduite d'opération*. 100 p.

CONSEIL GENERAL DU HAUT RHIN, 2006, *Abécédaire pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Recommandations techniques et architecturales*. 37 p.

CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DU SUD-EST / SYNERPA, 2006, *Guide de conception des lieux de travail – EHPAD*. 31 p.

CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, 2008, *Schéma gérontologique de transition 2008-2010*. 120 p.

ASSTSAS, 1996, *Une aide à la conduite des projets architecturaux*. Collection PARC n°1. 31 p.

ASSTSAS, 2002, *Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé*. Collection PARC n°7. 30 p.

INSEE, mai 2008, *Projection de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine*. Economie et statistique n°408-409. ROBERT-BOBEE I. 18 p.

Textes et lois

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel de la République Française du 1^{er} juillet 1975, p 6604.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée. Journal Officiel de la République Française du 13 juillet 1985, p 7914.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal Officiel de la République Française du 2 août 1991, p 10255.

REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel de la République Française n°2 du 3 janvier 2002, p124.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel de la République Française n°36 du 12 février 2005, p 2353.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française n°98 du 27 avril 1999, p 6223.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Décret no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française n°98 du 27 avril 1999, p 6248.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel de la République Française n°98 du 27 avril 1999, p 6256.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 4 mai 2001 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française n°106 du 6 Mai 2001, p 7194.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel de la République Française n°221 du 22 septembre 2004, p 16407.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DH/PE n°54 du 28 décembre 1992. Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarités n°1993-3.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003. Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarités n°2003-26.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en oeuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. Bulletin Officiel santé – protection sociale – solidarités n°2007-6.

UNION EUROPEENNE. Charte des droits fondamentaux. Journal Officiel des Communautés Européennes du 18 décembre 2000.

CNSA. Instruction technique du 15 mai 2008 relative à la mise en oeuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées (enfants et adultes). Visite du site le 27 juillet 2008. Disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Instruction_CNSA_PAI_2008.

Sites internet

www.asstsas.qc.ca

www.cstb.fr

www.agevillage.com

www.anact.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Enquête de satisfaction 2008

Annexe 2 : Les différentes activités proposées dans le cadre de
l'animation

Annexe 3 : Projet de restructuration de la maison de retraite

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Liste des personnes interviewées

Annexe 1 : Enquête de satisfaction 2008

L'âge moyen est compris en 80 et 89 ans. La maison de retraite de Vihiers compte 60% de femmes et 40% d'hommes

PRE-ADMISSION			
	OUI	NON	Sans avis
1 Pour quelle(s) raison(s) avez-vous intégré l'établissement ?			
A - problème de santé ?	45,10%		
B - ne pouvait plus rester seul(e) à domicile ?	44,12%		
C - accompagner un membre de ma famille (mari, sœur...) ?	8,82%		
D - autre	1,96%		
2 Avez-vous eu un rendez-vous pour visiter l'établissement ?	74,40%	25,60%	
3 Le premier contact avec le personnel vous a-t-il semblé positif ?	80,56%	6,94%	12,50%
ACCUEIL			
	OUI	NON	Sans avis
4 Avez-vous été accueilli selon vos souhaits ? (votre chambre était-elle prête, le personnel disponible ...)	90,14%	2,82%	7,04%
5 Avez-vous signé un contrat de séjour ?	37,14%	35,71%	27,14%
6 Vous a-t-on remis le livret d'accueil de l'établissement ?	52,11%	25,35%	22,54%
PRISE EN CHARGE			
<u>Soins médicaux/paramédicaux</u>			
	OUI	NON	Sans avis
7 Avez-vous choisi librement votre médecin traitant ?	80,10%	17,79%	3,11%
<u>Soins d'hygiène, de confort</u>			
	OUI	NON	Sans avis
8 Combien de fois par mois, pouvez-vous bénéficier d'une douche ou d'un bain ?			
A - 1 fois/mois	18,03%		
B - 2 fois/mois	34,43%		
C - 3 fois/mois	1,64%		
D - 4 fois/mois	39,34%		
E - > 4 fois/mois	6,56%		
9 Trouvez-vous cette fréquence satisfaisante ?	72,06%	17,65%	10,29%
10 Savez-vous que ces intervenants extérieurs sont à votre disposition :			
A - pédicure podologue ?	88,89%	8,33%	2,78%
B - coiffeur à domicile ?	98,61%		1,39%

Qualité de service

		OUI	NON	Sans avis
11	Pouvez-vous choisir librement vos horaires :			
A	- du réveil ?	47,22%	37,50%	15,28%
B	- du coucher ?	58,33%	30,56%	11,11%
12	Les soins d'hygiène et infirmiers sont-ils effectués en respectant :			
A	- Votre pudeur ?	78,87%	2,82%	18,31%
B	- Votre dignité ?	78,57%	2,86%	18,57%
C	- Vos besoins personnels ?	71,83%	9,86%	18,31%
13	Au quotidien, vous sentez-vous respecté par le personnel ?	88,73%	7,04%	4,23%

HÔTELLERIE**Repas**

		OUI	NON	Sans avis	
14	Les horaires des repas vous conviennent-ils ?				
A	- petit-déjeuner ?	83,33%	6,94%	9,72%	
B	- déjeuner ?	83,33%	9,72%	6,94%	
C	- dîner ?	59,72%	33,33%	6,94%	
D	- collations ? (goûter, nuit)	61,97%	2,82%	35,21%	
15	Vos goûts alimentaires sont-ils pris en compte ?	75%	13,89%	11,11%	
16	Avez-vous la possibilité d'inviter votre famille à déjeuner dans un lieu réservé ?	61,11%	9,72%	29,17%	
17	Votre état de santé nécessite t-il un régime ?	33,33%	62,50%	4,17%	
A	Si oui, les repas servis respectent t-il ce régime ?	81,48		18,50%	
18	Donnez votre opinion sur :				
		Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
A	La présentation des repas	60%	30,77%	9,23%	
B	La température des aliments	61,19%	23,88%	11,94%	2,99%
C	La quantité de nourriture	74,29%	17,14%	8,57%	
D	La qualité du service lors des repas	63,64%	30,30%	3,03%	3,03%
E	L'ambiance des repas	49,15%	37,29%	8,47%	5,08%
F	Le cadre de la salle à manger	61,40%	36,84%	1,75%	
G	La durée du service	59,32%	23,73%	11,86%	5,08%
H	L'aide apportée	69,49%	18,64%	6,78%	5,08%

Linge

		OUI	NON	Sans avis
19	Etes-vous satisfait de la propreté :			
A	- des draps, serviettes, gants de toilette ?	100%		
B	- de votre linge personnel ?	94,44%	1,39%	4,17%
20	Lorsque vous donnez votre linge à laver, revient-il dans un délai qui vous convient ?	75%	12,50%	12,50%
21	Votre linge a-t-il déjà été égaré ?	41,67%	55,56%	2,78%
A	Si oui, a-t-il été retrouvé ?	42,86%	48,57%	8,57%

22	Savez-vous qu'en cas de perte définitive de votre linge l'établissement peut vous proposer un vêtement identique ou son remboursement sur présentation d'un justificatif ?	27,14%	55,71%	17,14%
----	--	--------	--------	--------

LOCAUX

Entretien

		OUI	NON	Sans avis
23	Votre chambre et votre cabinet de toilette sont-ils :			
A	- propres ?	88,89%	5,56%	5,56%
B	- pratiques ?	66,20%	23,94%	9,86%
C	- confortables ?	74,65%	15,49%	9,86%
24	Les locaux collectifs (salle à manger, salon, couloirs) sont-ils :			
A	- propres ?	90,28%	2,78%	6,94%
B	- pratiques ?	84,72%	2,78%	12,50%
C	- confortables ?	80,56%	5,56%	13,89%

Environnement

		OUI	NON	Sans avis
25	Avez-vous la possibilité d'amener des objets personnels (poste de télévision, petit mobilier, objets décoratifs...) ?	95,83%	2,78%	1,39%
26	Vous sentez-vous chez vous ?	61,11%	30,56%	8,33%
27	Vous déplacez-vous facilement dans la structure :			
A	- à l'intérieur (ascenseur, escalier) ?	64,79%	21,13%	14,08%
B	- à l'extérieur (dans la limite de l'établissement) ?	46,48%	35,21%	18,31%
28	Vous repérez-vous facilement dans la structure :			
A	- à l'intérieur (salle à manger, chambre) ?	72,22%	11,11%	16,67%
B	- à l'extérieur ?	54,17%	19,44%	26,39%
29	Au sein de votre chambre, votre intimité est-elle respectée (frappe-t-on à votre porte avant d'entrer ?/ Attend-t-on votre réponse ?) ?	83,33%	6,94%	9,72%

VIE SOCIALE

Information

		OUI	NON	Sans avis
30	Avez-vous un référent qui vous accompagne pour les petites choses courantes ? (lien avec les familles, remontée des doléances)	55,56%	31,94%	12,50%
31	Pensez-vous être suffisamment informé de la vie de l'établissement ?	54,93%	22,54%	22,54%
32	La liberté de culte est-elle respectée ?	91,43%		8,57%
33	Vous est-il possible de faire des achats de la vie courante ?			
	- seule	20,78%		
	- grâce à l'animatrice	33,77%		
	- grâce au cadre de santé	15,58%		

- grâce à votre famille	29,87%		
-------------------------	--------	--	--

34 Connaissez-vous le conseil de la Vie Sociale ainsi que son rôle ?	8,45%	69,01%	22,54%
---	-------	--------	--------

35 Avez-vous la possibilité de participer :			
A - au Conseil de la Vie Sociale ?	5,63%	57,75%	36,62%
B - aux différents groupes de parole organisé par l'animatrice (menu, fonctionnement de l'établissement) ?	46,48%	30,99%	22,54%

Animation

	OUI	NON	Sans avis
36 Connaissez-vous le journal de l'établissement : « L'ami des Résidents » ?	75%	19,44%	5,56%

37 Donnez votre opinion sur :

	Satisfaisant	Acceptable	Moyen	Insuffisant
A Le choix des thèmes	68,89%	20%	8,89%	2,22%
B Le recueil de vos attentes en animation	62,79%	27,91%	2,33%	6,98%
C Votre liberté de participer aux animations	77,78%	15,56%	4,44%	6,67%
D La fréquence des animations	64,44%	24,44%	4,44%	6,67%
E La place des bénévoles pour les animations	79,55%	18,18%		2,27%
F Vos besoins en terme d'animation sont pris en compte	63,16%	23,68%	10,53%	2,63%

	OUI	NON	Sans avis
38 Vous sentez-vous seul(e) ?	45,83%	43,06%	11,11%

CONCLUSION

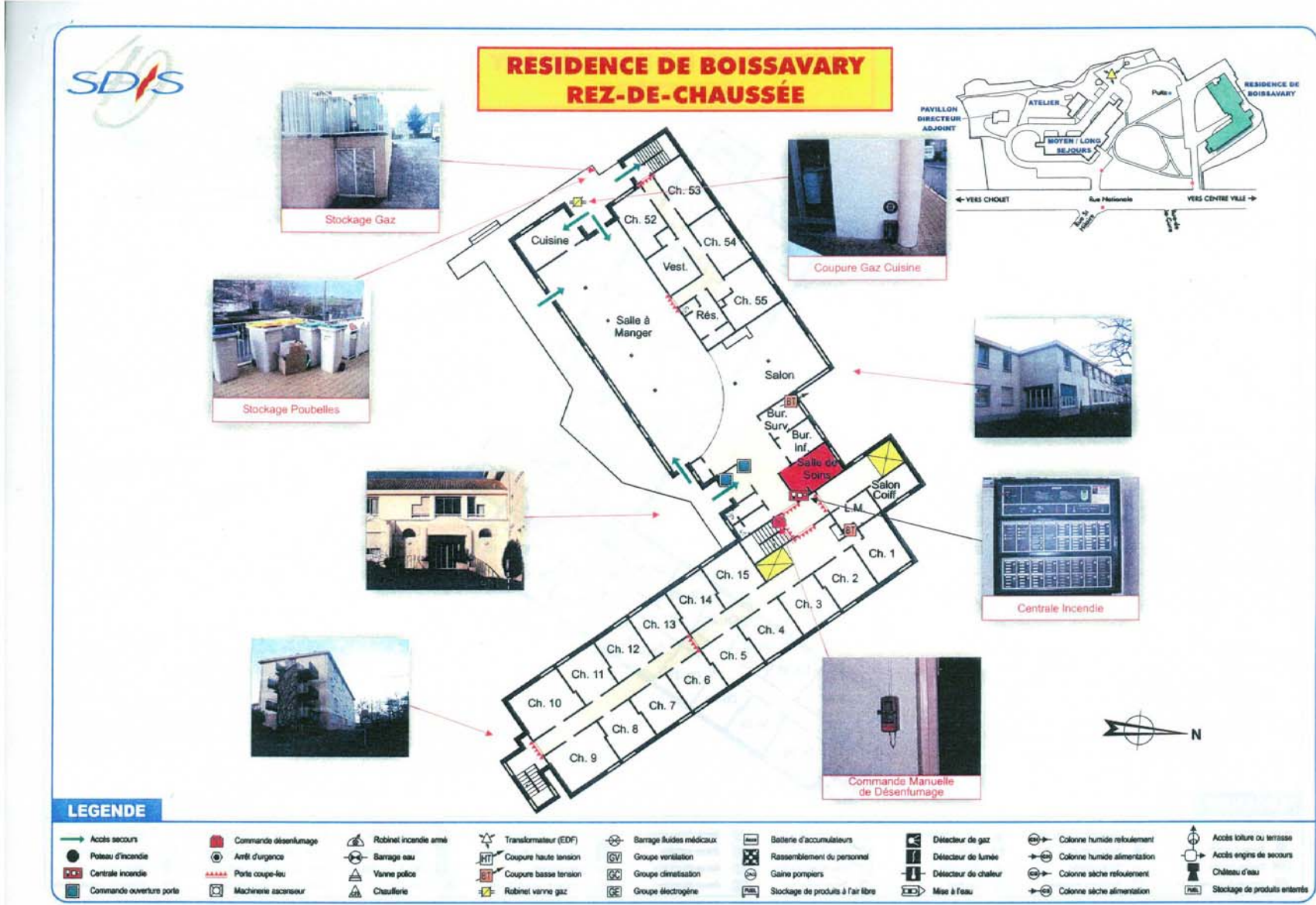
	OUI	NON	Sans avis
39 Qu'est-ce qui vous a motivé à choisir notre établissement ?			
A - proximité	36,67%		
B - réputation de l'établissement (personnel réputé, hôtellerie, cuisine ...)	14,17%		
C - les amis, connaissances, famille	22,50%		
D - cadre extérieur	13,33%		
E - autre	13,33%		

Annexe 2 : Les différentes activités proposées dans le cadre de l'animation

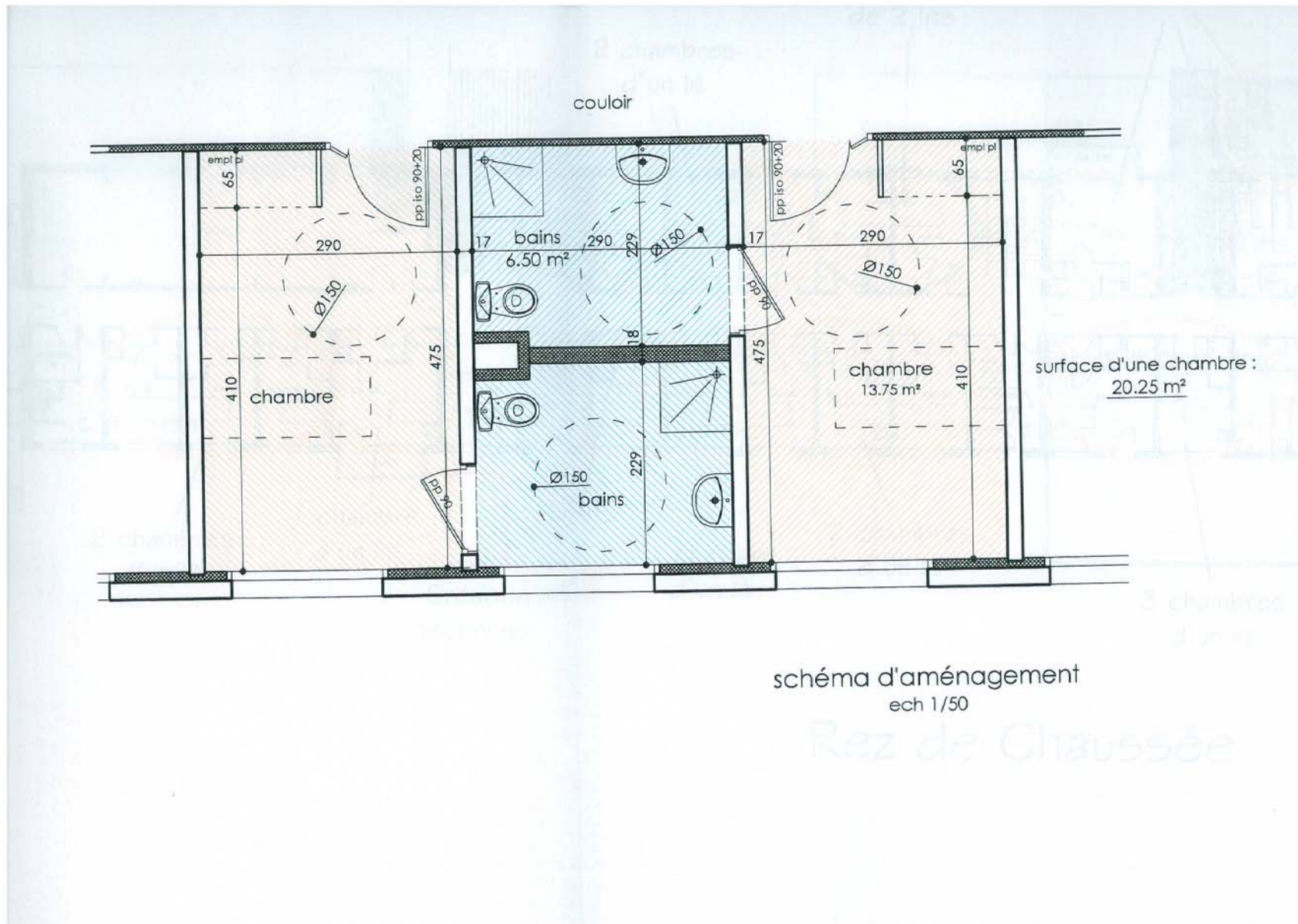
ACTIVITE	CONTENU	FREQUENCE
Atelier mémoire	Travail autour d'un thème : jeux, mots mélangés, jeu de rôles, utilisation des 5 sens. Le but de cet atelier est de susciter les souvenirs.	1 fois/mois
Groupe de paroles	C'est un espace d'expression pour les résidents autour d'un thème, l'alimentation par exemple. Cela peut être aussi le lieu de résolution de problèmes au sein de la résidence.	1 fois/mois
Sorties/visites extérieures	Balades dans les bois, musées, visites de sites.	1 fois/mois
Spectacles	Les spectacles musicaux sont très appréciés.	A l'occasion des fêtes : galette des rois, fêtes des pères et des mères, fête de l'été, anniversaires des centenaires, Noël
Atelier jeux	Loto, jeux de société, calcul mental, mots mélangés	1 fois/semaine
Atelier belote		2 à 3 fois/semaine
Atelier bricolage	Confection de petits objets	2 fois/mois
Atelier jardinage	Plantations effectuées dans des jardinières	Mois de mai et juin
Atelier cuisine	Confection de desserts, épluchage de légumes	Occasionnel
Gym douce		Occasionnel
Atelier chants		1 fois/mois
Sortie courses	Courses au supermarché	1 fois/mois
Soins esthétiques		2 fois/mois
Atelier cinéma	Projection de film	1 fois/mois
Animations intergénérationnelles	visites des écoles, de la halte garderie ; elles sont l'occasion de partager un goûter autour de jeux ou d'un spectacle	Régulière, tous les 2 ou 3 mois

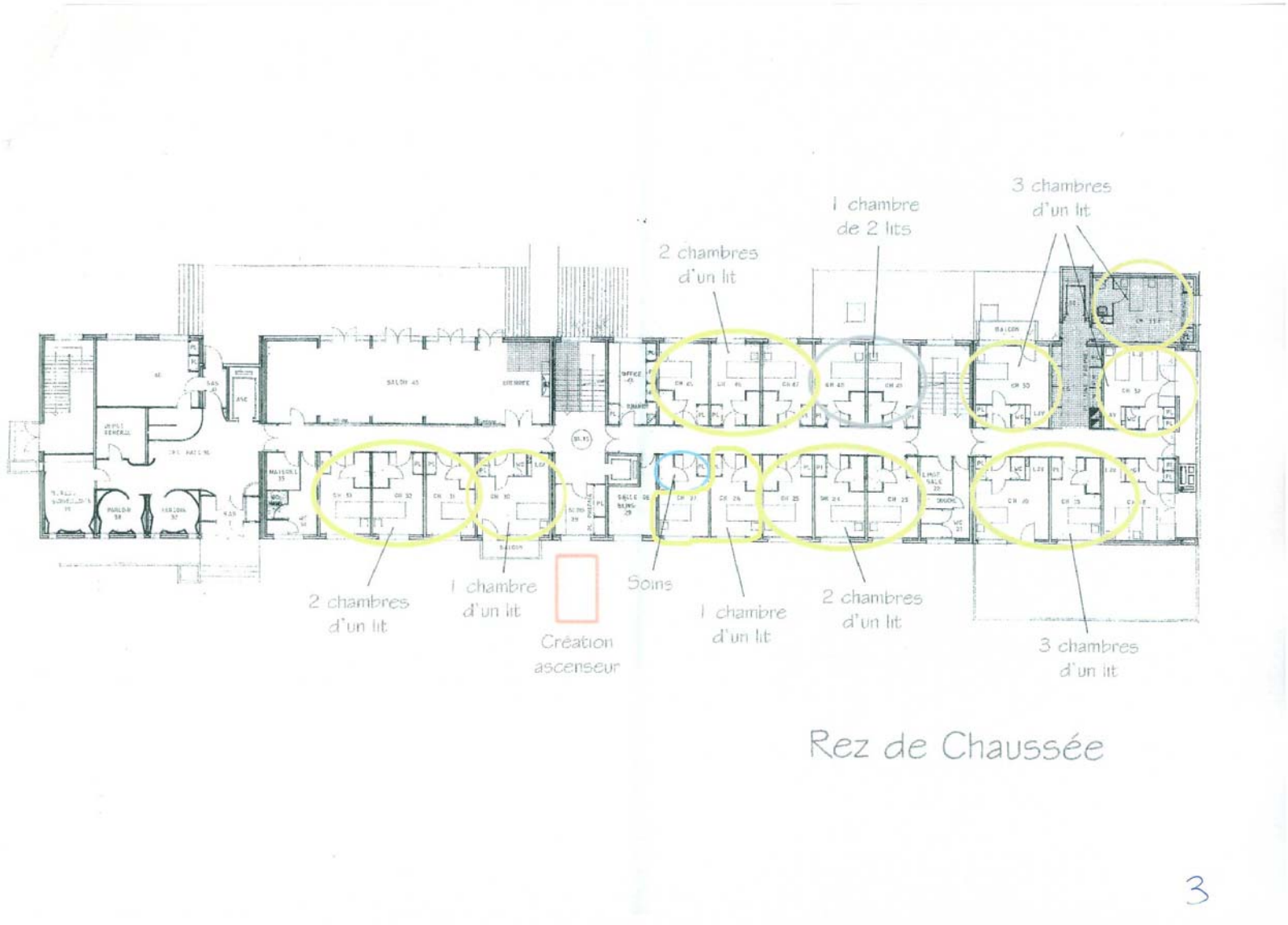
Annexe 3 : Projet de reconstruction de la maison de retraite

A – Plan de l'actuel rez-de-chaussée



B – Projet de transformation de 3 chambres individuelles en 2 chambres individuelles





Annexe 4 : Guide d'entretien

Présentation : Je suis élève directeur à l'EHESP (ex ENSP Ecole Nationale de la Santé Publique). J'élabore un mémoire dans le cadre de mon stage de professionnalisation. Cet entretien s'inscrit dans ce contexte.

Objectifs : Le thème de mon mémoire cherche à cerner les connections possibles entre le projet de vie et le projet architectural.

Conditions : Si vous me l'autorisez cet entretien sera enregistré. Le traitement des informations sera anonyme. A tout moment au cours de l'entretien vous pouvez stopper cet enregistrement.

1 – Présentation de l'enquêté

Pourriez-vous commencer par vous présenter ?

(Connaître l'enquêté, sa formation professionnelle, son expérience professionnelle).

2 - Que représente pour vous le projet de vie ?

Relance sur les différents aspects : organisation de la vie quotidienne, les éléments sur le respect des droits de la personne accueillie, l'animation et la vie sociale et les éléments architecturaux.

3 - Que représente pour vous la notion de projet architectural (intérieur/extérieur)?

4 – Selon vous quelles incidences ont ces deux notions

a) pour les résidents

b) pour les soignants

c) pour les familles

Quels peuvent être les besoins ? (Donner des exemples)

5 – Les perspectives

Pensez-vous qu'un projet architectural peut améliorer la prise en charge des résidents ?

(Qu'est-ce que cela améliorerait ?)

Comment ? Par quels moyens ? Pour quels types de publics ? Selon quelles modalités ?

6 - Les préconisations

Quelles seraient - selon vous - et dans l'idéal les actions à mettre en place, les améliorations à apporter ? Quels sont les freins, les leviers ?

Quels sont les indicateurs de qualité (baromètre) à mettre en place ?

Annexe 5 : Liste des personnes interviewées

Identité	Fonction	Type d'établissement	Poste précédemment occupé
Madame R.	Directrice	EHPAD	Aide soignante
Madame S.	Directrice (DESS)	EHPAD	Chef de bureau dans un CH
Madame G.	Directrice	EHPAD	DRH dans l'industrie
Madame B.	Cadre de santé	Hôpital local	Infirmière
Monsieur P.	Directeur (DH)	Hôpital local	Attaché
Monsieur B.	Directeur (DESS)	EHPAD	Attaché de préfecture
Madame L.	Directrice (DESS)	EHPAD	Directrice adjointe