



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire et  
social public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**Du projet de vie au projet  
architectural**

*La reconstruction d'un EHPAD au Centre  
Hospitalier de La Mure*

---

**Laure SPINARD**

---

# Remerciements

---

Je tiens en premier lieu à remercier l'ensemble des résidents de la maison de retraite et de l'USLD du Centre Hospitalier de La Mure (CHLM) qui, par leur gentillesse, leur sourire et leur accueil chaleureux, m'ont confortée dans mon choix d'aborder ce thème de mémoire et d'exercer ce métier.

Mes remerciements s'adressent ensuite à l'ensemble du personnel du CHLM, en particulier à Monsieur Jean Debeaupuis, Directeur général du CHU de Grenoble et Directeur du CHLM, pour avoir accepté d'être mon maître de stage et à Madame Elodie Ancillon, Directrice déléguée du CHLM, qui m'a encadrée au quotidien et qui a su être à mon écoute et me faire confiance tout au long de mon stage. Mon stage n'aurait pu être aussi riche sans la disponibilité dont elle m'a témoignée. Elle m'a réellement conforté dans mon choix premier de travailler en équipe. Le mélange de deux cultures, sanitaire et médico-sociale, a vraiment été un atout de ce stage. Je remercie également Simone Rubino, secrétaire de direction, véritable mémoire et pilier de l'établissement, qui a participé activement à mon intégration au sein de l'établissement et qui s'est toujours rendue disponible pour moi.

Enfin, je remercie l'ensemble des membres du comité de pilotage, les Dr Catherine Leresteux et Eric Villaret et les cadres de santé, Isabelle Célinain, Christine Estachy et Nathalie Marchetti grâce à qui j'ai beaucoup appris du travail quotidien dans les services et qui m'ont également apporté leur confiance. Ce travail est le fruit d'une réflexion commune.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Le projet de vie : « cahier des charges » du projet architectural ou comment guider les « murs » par la « vie » .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Projet de vie : définition, objectifs et mise en œuvre .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Une définition du projet de vie peu normative.....	5
1.1.2 Une démarche s'inscrivant dans un processus d'amélioration de la qualité et de changement.....	7
1.1.3 Un rôle majeur dans la vie de l'établissement : redonner du sens .....	8
<b>1.2 Projet architectural : de la réglementation au choix stratégique du CHLM .</b>	<b>10</b>
1.2.1 Le déroulement d'un projet architectural mené par un établissement public.....	10
1.2.2 Les principes du CMP : publicité, mise en concurrence .....	11
1.2.3 La procédure de conception-réalisation : choix du CHLM .....	13
<b>1.3 Bientraitance des personnes âgées : adéquation du projet architectural au projet de vie.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 La bientraitance, essai de définition.....	15
1.3.2 L'architecture, source potentielle de maltraitance.....	17
1.3.3 Le projet de vie, cahier des charges du projet architectural .....	19
<b>2 Le projet de reconstruction de l'EHPAD du CHLM : une démarche qualité alliant projet de vie et projet architectural .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Concevoir la reconstruction de l'EHPAD comme une démarche d'amélioration de la qualité.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Définition de la démarche qualité en établissement pour personnes âgées.....	21
2.1.2 Etapes d'une démarche qualité .....	23
2.1.3 Projet de vie et projet architectural : la conduite conjointe de deux démarches qualité au CHLM.....	25
<b>2.2 Réaliser par le biais d'enquêtes de satisfaction un état des lieux en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents .....</b>	<b>26</b>
2.2.1 USLD, maison de retraite : deux lieux aux caractéristiques distinctes .....	26
2.2.2 Utilisation de la méthode de l'enquête de satisfaction par le comité de pilotage au CHLM .....	28
2.2.3 Résultats des enquêtes de satisfaction au CHLM .....	30

<b>2.3</b>	<b>Améliorer la qualité de la prise en charge des résidents du CHLM : les pistes d'action .....</b>	<b>32</b>
2.3.1	La redéfinition d'une véritable filière gériatrie au sein du CHLM .....	32
2.3.2	La diversification de l'offre proposée par le nouvel EHPAD pour une meilleure adéquation aux besoins recensés.....	33
2.3.3	L'exemple de la création de deux unités psycho-gériatriques.....	35
<b>3</b>	<b>Le projet de reconstruction : une démarche s'inscrivant dans un processus de changement .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Un changement partagé et décidé en interdisciplinarité.....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Le rôle de l'équipe dans une structure : un acteur majeur .....	39
3.1.2	Le risque de non adhésion au changement : frein et résistance au changement de l'équipe.....	41
3.1.3	L'objectif recherché au CHLM : remobilisation, remotivation des acteurs.....	42
<b>3.2</b>	<b>Une démarche participative, instrument privilégié pour l'adhésion au changement .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	Atouts et contraintes des différentes modalités de management du changement .....	44
3.2.2	Réalisation du projet de vie au CHLM.....	46
3.2.3	Le groupe de travail lié au programmiste .....	48
<b>3.3</b>	<b>Implication du directeur, condition sine qua non de réussite .....</b>	<b>49</b>
3.3.1	Définition du rôle de directeur.....	49
3.3.2	Dimension stratégique du rôle du directeur : conduire le projet de vie et le projet architectural du CHLM.....	51
3.3.3	Promouvoir la culture médico-sociale au CHLM .....	52
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANDEM <i>Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale</i>	EPS <i>Etablissement Public de Santé</i>
ANESM <i>Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux</i>	FHF <i>Fédération Hospitalière de France</i>
AS <i>Aide-Soignante</i>	GCS <i>Groupement de Coopération Sanitaire</i>
ASH <i>Agent de Service Hospitalier</i>	GIR <i>Groupe Iso Ressources</i>
BOAMP <i>Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics</i>	GMP <i>GIR Moyen Pondéré</i>
CA <i>Conseil d'Administration</i>	HAD <i>Hospitalisation À Domicile</i>
CAO <i>Commission d'Appel d'Offres</i>	HAS <i>Haute Autorité de Santé</i>
CHLM <i>Centre Hospitalier de La Mure</i>	HQE <i>Haute Qualité Environnementale</i>
CHU <i>Centre Hospitalier Universitaire</i>	JOUE <i>Journal Officiel de l'Union Européenne</i>
CMP <i>Code des Marchés Publics</i>	MAINH <i>Mission Nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier</i>
CNSA <i>Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie</i>	OMS <i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
DDASS <i>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</i>	SMTI <i>Soins Médico-Techniques Importants</i>
EHPAD <i>Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes</i>	SSR <i>Soins de Suite et de Réadaptation</i>
	UPG <i>Unité Psycho-Gériatrique</i>
	USLD <i>Unité de Soins de Suite et de Réadaptation</i>

## Introduction

« *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller* »

(refrain d'une chanson de l'île d'Okinawa)

Sur l'île d'Okinawa, les habitants vivent très vieux et très heureux. On dénombre ainsi quatre fois plus de centenaires qu'en France. Les démographes ont avancé diverses hypothèses pour expliquer ce phénomène. Plusieurs facteurs semblent intervenir, le climat et l'alimentation notamment. Mais un facteur considérable est également mis en avant : la considération sociale des personnes âgées sur l'île. A Okinawa, les personnes âgées sont considérées comme des porte-bonheur. Leur vie sociale serait ainsi un critère majeur de leur longévité et de leur bien-être<sup>1</sup>.

Partant de là, la question centrale des politiques destinées aux personnes âgées accueillies en institution en France se pose en ces termes : comment favoriser la bientraitance des personnes âgées et leur permettre de vivre heureuses jusqu'à la fin ?

Cette interrogation doit être prise en compte dans un projet de reconstruction d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Si ce projet a trait de prime abord au respect de la réglementation imposée par la procédure des marchés publics, il n'empêche qu'il doit veiller à répondre aux besoins des personnes accueillies. C'est en cela que la réflexion préalable autour d'un projet de vie est primordiale.

Environ 650 000 personnes âgées sont accueillies dans un établissement sanitaire, social et médico-social en France. Cependant, un tiers de ces dernières ne choisissent pas leur entrée en établissement. C'est souvent le critère de la dépendance qui conduit les proches à décider de l'entrée de leur parent en institution.

---

<sup>1</sup> DE HENNEZEL M., *Les personnes âgées sont des porte-bonheur !*. p. 46

Les personnes accueillies, nommées « *résidents* », ont, en effet, en moyenne plus de 80 ans et leur entrée dans le « *grand âge* » se traduit généralement par une perte d'autonomie, physique mais aussi psychique. Néanmoins, « *le grand âge mérite d'être considéré d'abord comme une somme d'acquis au lieu d'être associé à cette représentation massive de manques et de pertes* »<sup>2</sup>. C'est au travers de cette définition que doit être entendu l'intérêt du projet de vie en institution : recentrer la personne âgée au cœur de la prise en charge et maintenir son autonomie. Il doit permettre à l'établissement d'accueil, l'EHPAD, de repositionner la personne âgée comme « *acteur* » de son accompagnement et non plus seulement comme « *sujet* ». Il doit être l'occasion de réaffirmer que la personne âgée accueillie en EHPAD ne doit pas être un unique objet de soin. C'est dans cette optique qu'un EHPAD se définit comme « *un lieu de vie où les soins sont importants mais ne sont pas considérés comme la fonction essentielle* »<sup>3</sup>.

Projet architectural et projet de vie sont donc étroitement imbriqués dans cette recherche d'une qualité de vie optimale pour nos aînés. L'architecture et le projet de vie ont ici un rôle essentiel car ils sont le reflet de la place que nous souhaitons donner aux personnes âgées dans notre société.

Le Centre Hospitalier de La Mure (CHLM) est un établissement public de santé de 205 lits et de deux places d'Hospitalisation À Domicile (HAD). C'est l'exemple type d'un établissement de territoire qui a su se réorienter pour faire face à de nouvelles exigences. Sa maternité a fermé en 1995 puis se fut le tour du service de chirurgie en 2004.

Cependant, une convention de direction commune a été conclue en juillet 2002 avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble.

Cette convention a pour objectif, comme le préconise aujourd'hui le rapport Larcher, de « *favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics*

---

<sup>2</sup> AMYOT JJ., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. p. 53

<sup>3</sup> AGAESSE M., *Construction, extension, rénovation d'une maison de retraite*. p. 102

sous la forme de communautés hospitalières de territoire »<sup>4</sup>. Situé dans un territoire de moyenne montagne et à 40 km de Grenoble, le CHLM est un hôpital de proximité pour l'ensemble des habitants du Plateau Matheysin. Établissement de petite taille, il est découpé en trois pôles :

- Un Pôle Court séjour : composé d'un service de médecine de 35 lits, d'un service d'urgence, d'un service de consultations externes, d'un centre périnatal, de 2 places d'HAD, d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de 20 lits et d'un service de radiologie ;
- Un Pôle Gériatrie : composé de deux EHPAD, anciennement Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et Maison de retraite, respectivement de 80 et 70 lits ;
- Un Pôle Management et Prestations communes : composé de la Direction, de la Direction des soins, des services administratifs, du secteur logistique, de la pharmacie, des secteurs rééducation et réadaptation, animation, du secteur de suppléance en soins infirmiers.

Arrivée en septembre 2007 dans la structure au cœur de la réflexion autour du renouvellement du projet d'établissement (2008-2012), j'ai pu assister à la maturation du projet de reconstruction du nouvel EHPAD du CHLM. Un consensus s'est rapidement établi entre l'ensemble des acteurs prenant part à la réflexion : le projet de reconstruction devait être l'opportunité de replacer la personne âgée au centre de l'accompagnement. Ainsi, il s'agissait de démontrer que les démarches de projet de vie et projet architectural devaient être menées conjointement afin de viser à un objectif unique : l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi, il semblait important, avant de lancer la démarche architecturale, de poser les bases d'une réflexion éthique en définissant des valeurs communes. Il était évident pour chacun que le postulat suivant devait être respecté : adaptation du bâti aux personnes y évoluant et non l'inverse. Cette démarche de reconstruction s'inscrit également dans une conduite de changement que

---

<sup>4</sup> LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*. p. 4



doit mener, en particulier, le Directeur de l'établissement. Il s'agit de l'un des principaux défis du management : identifier un problème, l'analyser et élaborer un cadre d'actions permettant le choix et la mise en place d'une solution résolvant le problème initial<sup>5</sup>.

Pour prendre connaissance de la structure et m'appropriier pleinement les enjeux, j'ai tout d'abord participé aux réunions du groupe de travail réuni pour la rédaction du projet d'établissement du Pôle gériatrie et associant les médecins et les cadres de santé du pôle. Puis j'ai animé un comité de pilotage du projet de reconstruction, observant la même composition, et lancé des enquêtes de satisfaction à l'attention des familles, du personnel et des résidents. Enfin, j'ai organisé des visites et des rencontres avec des acteurs d'autres établissements ayant procédé à la reconstruction de leur EHPAD. L'ensemble de ces missions m'a permis de voir combien il était important d'inscrire projet de vie et projet architectural dans un objectif commun d'amélioration de la qualité mais aussi combien il était ardu pour un Directeur d'impulser la conduite de changement.

Dans une première partie, je m'attellerai à montrer en quoi la formalisation d'un projet de vie est une condition incontournable de réussite pour la réalisation d'un projet architectural (I). Puis, dans une deuxième partie, la démonstration sera faite que le projet de vie tout comme le projet architectural sont deux démarches inscrites dans un processus d'amélioration continue de la qualité de prise en charge des personnes âgées (II). Enfin, en dernier lieu, la question de la conduite du changement en lien avec le rôle du Directeur sera posée (III).

---

<sup>5</sup> Définition tirée du site Internet [www.anfh.asso.fr](http://www.anfh.asso.fr) concernant la conduite du changement.

# **1 Le projet de vie : « cahier des charges » du projet architectural ou comment guider les « murs » par la « vie »**

Si les démarches de projet de vie (1.1) et de projet architectural (1.2) répondent à des logiques distinctes, leur articulation étroite doit néanmoins être recherchée pour atteindre le but premier de chaque établissement social et médico-social : la bienveillance des personnes accueillies (1.3).

## **1.1 Projet de vie : définition, objectifs et mise en œuvre**

Si le concept de projet de vie n'est pas clairement encadré au niveau normatif (1.1.1), sa place dans la structure (1.1.3) n'en est pas moins importante au regard des objectifs qu'il doit atteindre (1.1.2).

### **1.1.1 Une définition du projet de vie peu normative**

Le Code de l'action sociale et des familles prévoit, à l'article L.311-8, inséré par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* ». L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle dispose quant à lui qu'il « *convient d'élaborer un document dans lequel sont définies les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins* ».

Ce projet d'établissement peut ainsi être considéré comme la colonne vertébrale de l'établissement puisqu'il doit donner une cohérence à l'ensemble des projets que souhaite porter la structure dans les cinq années suivant sa formalisation. Le projet de vie est donc une déclinaison et une concrétisation des axes développés par le projet d'établissement.

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées de l'Isère confirme cette analyse en stipulant que le projet d'établissement décline un projet de vie et un projet de soins intégrant trois composantes essentielles : accueil, animation et soin.

Si les textes n'ont pas précisé son contenu, de nombreux écrits sont venus étoffer cette définition législative. Ces écrits s'accordent sur le fait que le projet de vie doit s'intéresser à deux catégories d'acteurs intervenant dans l'EHPAD : les résidents et le personnel.

Le projet de vie doit, en premier lieu, être l'occasion de rappeler les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies. Car si elles deviennent des « *résidents* » en entrant en EHPAD, elles n'en restent pas moins des sujets de droit comme chaque être humain. Le projet de vie doit donc veiller à ce que leurs droits soient respectés. Le schéma gérontologique de l'Isère demande d'inscrire dans chaque projet de vie le respect de trois principes fondamentaux : le respect de la dignité, la protection des libertés et la promotion des droits de la personne. Le respect de la citoyenneté peut aussi être abordé par le projet de vie. Afin de veiller au respect de ces droits, un programme d'actions doit être décliné en ce sens. A titre d'exemple, il apparaît important de se questionner, à l'occasion de la rédaction du projet de vie, sur des thèmes très concrets de la vie quotidienne. Ainsi, la place du tutoiement en institution peut être un thème de réflexion car le tutoiement employé par le personnel envers la personne âgée, sans autorisation préalable de cette dernière, peut être considéré comme une forme de non reconnaissance de la personne âgée comme sujet de droit. De même, la question de la fermeture systématique des portes de la chambre du résident mérite d'être posée car elle interroge le thème de l'intimité. Le projet de vie doit donc partir de la définition des droits du résident pour rechercher l'amélioration de leur qualité de vie.

Le projet de vie doit, en second lieu, s'adresser au personnel de l'établissement. Il doit permettre à l'ensemble des membres du personnel, soignants, administratifs, techniques notamment, de s'exprimer sur leurs conditions de travail et leur conception de leurs missions afin de mettre en place un plan d'actions pour viser à une amélioration de ces dernières.

Le bien-être au travail du personnel se répercute inévitablement sur le bien-être des résidents et vice-versa. Si l'on veut donc enclencher un processus global au sein d'un EHPAD d'amélioration de la qualité de vie des résidents, il apparaît incontournable d'aborder cet aspect. A titre d'exemple, un agent en situation d'épuisement aura une tendance accrue à avoir des comportements maltraitants envers les résidents<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Commission européenne, *Que peut faire l'Union européenne pour protéger la dignité des personnes âgées et prévenir leur maltraitance*, p. 4

La rédaction de ces deux volets du projet de vie doivent s'intégrer dans une démarche qualité et un processus de changement.

### **1.1.2 Une démarche s'inscrivant dans un processus d'amélioration de la qualité et de changement**

Le projet de vie doit s'inscrire dans deux logiques : l'amélioration de la qualité (A) et la conduite du changement (B).

#### A) L'amélioration de la qualité de vie dans la structure

En s'interrogeant sur les pratiques et en questionnant l'existant, le projet de vie doit permettre d'impulser un processus d'amélioration de la qualité. Ce processus doit concerner autant la qualité de vie des résidents accueillis dans l'établissement que les conditions de travail du personnel.

Le projet de vie permet à la structure de s'interroger sur la place qu'elle souhaite donner à chacun : le résident, le personnel mais aussi la famille et les intervenants extérieurs (bénévoles notamment).

Pour cela, le projet de vie définit un programme d'actions concernant différents thèmes : l'accueil, la place de la personne âgée dans l'établissement, les prestations hôtelières, la qualité des soins, la lutte contre la douleur, l'animation ou encore l'organisation du temps de travail.

Parce qu'il est construit pour la personne âgée, le projet de vie doit partir des souhaits et des besoins des résidents accueillis, pour constater l'écart avec l'existant et formuler des propositions d'actions d'amélioration. Dans une perspective de cohérence globale, la rédaction du volet « *personnel* » doit suivre la même logique.

#### B) La conduite du changement

Le projet de vie est générateur d'une mutation à l'intérieur de l'établissement. En effet, il propose, voire impose, des changements dans l'organisation de la structure. C'est sûrement à l'heure actuelle le meilleur outil dont dispose le manager pour insuffler une nouvelle dynamique au sein de son établissement.

Il apparaît que l'amélioration de la qualité passe par des changements dans les pratiques des équipes accompagnant les personnes âgées et que ces changements peuvent être générateurs de crise. Le projet de vie, parce qu'il s'agit d'une démarche associant l'ensemble des acteurs à sa formalisation, doit permettre d'éviter ces crises et d'accepter ce changement. Car si l'objectif du changement est, la plupart du temps, accepté par tous, il peut néanmoins rencontrer des résistances car il remet en cause les pratiques professionnelles actuelles et impose un nouveau cadre. Il apparaît trop souvent

que le rythme de vie au sein d'un EHPAD est callé sur l'organisation du travail du personnel et non sur les besoins du résident. Ainsi, s'il est communément admis par le personnel que le repas du soir des résidents est servi trop tôt, il sera plus facile d'envisager lors de la rédaction du projet de vie un service du dîner plus tardif même si cela engendre une modification dans l'organisation de leur travail. A contrario, si l'ensemble des résidents fait remonter que le repas du soir est servi trop tôt, mais que la majorité du personnel se trouve en désaccord avec cette opinion ou juge qu'une amélioration n'est pas réalisable, alors le décalage de l'horaire du repas risquera de générer un conflit. Le projet de vie devra donc accompagner ce changement nécessaire pour respecter le rythme de vie des résidents.

À travers cette notion de changement se fait jour la question de la régulation des pratiques dans l'établissement. Car l'enjeu du projet de vie est de rendre plus claires et plus lisibles les pratiques professionnelles, leurs interactions ainsi que le positionnement de chacun. Une plus grande transparence dans l'organisation doit être visée. Le projet de vie peut ainsi aborder la problématique du glissement de tâches entre les soignants, avec la question épineuse des « *faisant fonction* », dysfonctionnement récurrent dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

### **1.1.3 Un rôle majeur dans la vie de l'établissement : redonner du sens**

« *Une société grandit à s'occuper de ses aînés* »<sup>7</sup>. La mission de chaque établissement médico-social accueillant des personnes âgées serait, selon cet état d'esprit, d'une grande noblesse. Pour autant, il apparaît en réalité que le secteur de la gériatrie souffre d'une image négative. Les jeunes infirmières sortant d'école répugnent régulièrement à postuler dans des services de gériatrie en avançant l'argument qu'il n'y a aucun geste technique à pratiquer dans ces services. L'ingratitude du travail auprès des personnes âgées est également souvent mise en avant.

Au-delà même du seul secteur de la gériatrie, la quête de sens s'étend à l'ensemble de la société contemporaine. Chacun s'interroge notamment sur le sens que l'on doit donner aux avancées scientifiques : le clonage est-il une avancée ou un danger ? Pourquoi une personne a-t-elle recours à la chirurgie esthétique ? Quel est le sens de ce geste ? Ces avancées scientifiques nous renvoient à d'autres réflexions bien plus profondes et philosophiques : qu'est-ce que la vie ? Mais aussi qu'est-ce que la vieillesse dans un monde où l'on peut retarder les effets visibles du temps ?

---

<sup>7</sup> SOUCHON F. et al., *L'architecture peut-elle être source de maltraitance ?*. p. 83

Le projet de vie doit redonner du sens au travail du personnel en partant du point de départ suivant : la vieillesse constitue une étape de la vie et non pas seulement le dernier moment de la vie. Par le biais du projet de vie, il s'agit d'amener les équipes travaillant en gériatrie à considérer que le vieillissement est un processus qui s'inscrit dans le cycle de la vie.

Cela revient à redéfinir ce que l'on entend par les concepts tels que « *personne âgée* », « *dépendance* », « *perte d'autonomie* » ou encore « *prise en charge* ».

Le terme dépendance vient du latin « *dependere* » qui signifie être suspendu, être assujéti à l'utilisation d'un objet, à la présence d'une personne. Cela signifierait-il que la mission première des EHPAD serait d'assister le résident, en toutes circonstances et en faisant « *à sa place* » ? C'est là qu'intervient la démarche de projet de vie. Il apparaît ainsi fondamental de travailler avec le personnel sur la différenciation des notions de perte d'autonomie et de dépendance. À titre illustratif, une personne qui ne peut plus se doucher seule, s'habiller seule doit-elle forcément être aidée pour manger ? Ne s'agit-il pas au contraire, à travers les concepts de perte d'autonomie et son corollaire de maintien de l'autonomie, de s'interroger sur la possibilité de laisser à la personne âgée le choix de continuer à réaliser des actes de la vie quotidienne seule ? Ces interrogations se situent aux confins des domaines éthiques et pratiques. Si l'on s'intéresse au versant éthique, le concept d'autonomie s'analyse comme le besoin ou non d'être aidé pour la personne et/ou l'autorisation reconnue à la personne de faire des choix. Par contre, si l'on se place du côté de l'analyse des pratiques du personnel, c'est le niveau de dépendance qui est prépondérant et qui signifie la possibilité de faire seul ou d'être aidé, selon le degré de dépendance de la personne âgée.

Il s'agit au final pour le projet de vie, dans un premier temps, de redonner du sens et de différencier les deux concepts, d'autonomie et de dépendance, et, dans un second temps, de traduire concrètement cette différenciation dans les pratiques des professionnels, dans la perception des familles et même au-delà dans la perception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes.

Le projet de vie est une étape fondamentale dans la vie d'une structure accueillant des personnes âgées. Il en est de même de la reconstruction d'un EHPAD, reconstruction qui doit avant toutes choses respecter un cadre juridique strict.

## **1.2 Projet architectural : de la réglementation au choix stratégique du CHLM**

Le déroulement d'un projet architectural mené par un établissement public (1.2.1) est soumis à des principes édictés dans le Code des Marchés Publics (CMP) (1.2.2). Le CHLM a, quant à lui, choisi de réaliser son projet architectural en ayant recours à la procédure de conception-réalisation (1.2.3).

### **1.2.1 Le déroulement d'un projet architectural mené par un établissement public**

Le CHLM, ayant le statut d'établissement public de santé (EPS), est soumis au décret du 1<sup>er</sup> août 2006 portant Code des marchés publics<sup>8</sup> et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2006. Il est utile de rappeler que ce décret a été pris pour mettre en conformité la réglementation française par rapport au droit édicté par l'Union européenne.

La notion de personne responsable du marché a été abandonnée au profit de celle de « *pouvoir adjudicateur* » qui définit l'acheteur public. Ainsi, au sens de l'article 1<sup>er</sup> alinéa 9 de la directive européenne n°2004-18 du 31 mars 2004 « *sont considérés comme "pouvoirs adjudicateurs" : l'État, les collectivités territoriales, les organismes de droit public, et les associations formées par une ou plusieurs de ces collectivités, ou un ou plusieurs de ces organismes de droit public.* »

Vient s'ajouter à cette première notion celle de « *maître d'ouvrage* ». Selon l'article 2 de la loi du 12 juillet 1985<sup>9</sup>, « *le maître de l'ouvrage est la personne morale [...] pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il remplit dans ce rôle une fonction d'intérêt général dont il ne peut se démettre* ». Ce même article précise les missions qui incombent au maître d'ouvrage : « *il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux* ».

---

<sup>8</sup> Décret n°2006-975 du 1<sup>er</sup> août 2006, publié au JO du 4 août 2006

<sup>9</sup> Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, publiée au JO du 13 juillet 1985

Cette définition permet de préciser le déroulement d'un projet architectural.

De nombreuses missions incombent directement au directeur de la structure. Ainsi, la vérification de l'opportunité, étape préliminaire essentielle dans ce projet, doit être réalisée par le directeur et en fonction des besoins exprimés par rapport aux résidents et aux préconisations faites par les nombreux acteurs du secteur (Ministère et Conseil général notamment). Il en est de même pour le financement du projet. Dans le cadre du projet de reconstruction d'un EHPAD, il s'agit en particulier de mobiliser les ressources propres de l'établissement mais également de solliciter les financeurs que sont le Conseil général ou encore la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Enfin, le directeur devra lui-même veiller au choix de la procédure la plus adaptée à son projet et à la bonne exécution des travaux.

D'autre part, la faisabilité, ainsi que la détermination d'un programme et d'une enveloppe financière prévisionnelle sont des missions souvent déléguées à une équipe de programmistes. C'est le cas au CHLM. Un appel d'offres concernant un marché de services a été lancé pour sélectionner une équipe dont l'objectif final sera la réalisation d'un programme technique détaillé. Ce programme doit comprendre le rappel des objectifs et les besoins fondamentaux du maître d'ouvrage, les données caractéristiques du site de construction, les principes de fonctionnement, les besoins exprimés sous la forme d'un programme de surfaces et de schémas des principales liaisons fonctionnelles, la liste des contraintes, le rappel des textes réglementaires, la liste des exigences principales du maître d'ouvrage, le calendrier prévisionnel de l'opération et l'évaluation du montant de l'opération.

Une fois ce programme technique détaillé réalisé, le CHLM procédera à un nouvel appel d'offres mais cette fois concernant un marché de travaux. Il a en effet été décidé de recourir à la procédure de conception-réalisation.

Ces deux procédures s'inscrivent dans le respect des principes stricts édictés par le CMP.

### **1.2.2 Les principes du CMP : publicité, mise en concurrence**

Les principes énoncés par le CMP ont pour objectif l'efficacité et la bonne utilisation des deniers publics. Dans ce but, les pouvoirs adjudicateurs doivent respecter deux principes fondamentaux de la commande publique : le principe de publicité et celui de mise en concurrence.



#### A) Le principe de publicité

Celui-ci doit permettre à la fois de favoriser le libre accès à la commande publique de l'ensemble des prestataires intéressés et de garantir une véritable mise en concurrence. Cette exigence de publicité est à moduler en fonction de certains seuils monétaires.

En dessous du seuil de 90 000 euros hors taxe (HT) pour les marchés de services, l'acheteur doit recourir à une publicité adaptée. C'est à lui seul que revient le choix du mode de publicité en respectant néanmoins le principe de transparence. Ce dernier impose le choix de supports de publicité pertinents. Le CHLM a fait le choix de publier l'appel d'offres pour l'équipe de programmistes au Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP).

Au-dessus du seuil de 90 000 euros, les modalités de publicité sont fixées par le CMP. Les seuils sont différents selon que l'on passe un marché de service ou un marché de travaux. Le CHLM sera concerné par cette procédure lorsqu'il réalisera l'appel d'offres pour recourir à un architecte. Le seuil des 5 900 000 euros HT devrait vraisemblablement être dépassé. Les modalités de publicité devront donc être les suivantes : publication de l'avis d'appel public à la concurrence au BOAMP et au Journal Officiel de l'Union européenne (JOUE).

#### B) Le principe de mise en concurrence

Se rajoute à ce principe de publicité le principe de mise en concurrence. Ce principe conforte les principes d'égal accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures. Là encore le système de seuils permet la différenciation des procédures.

En dessous du seuil de 230 000 euros HT pour les marchés de service et de travaux, les marchés peuvent être passés selon une procédure adaptée. Cela signifie qu'aucune procédure formalisée n'est imposée. Le CHLM lors de l'appel d'offres pour le programmeur a choisi de réunir un jury composé de la directrice déléguée du CHLM, du directeur du Pôle Patrimoine et Sécurité du CHU de Grenoble, du responsable médical et de la cadre de santé du Pôle Gériatrie du CHLM. Ce jury a examiné l'ensemble des offres réceptionnées en fonction des critères fixés dans l'appel d'offres puis a demandé à rencontrer certaines équipes arrivées en tête dans le classement des offres. Cette procédure a permis de mieux échanger sur la méthodologie proposée.

Au-dessus de ce seuil, des règles strictes sont fixées par le CMP. Elles devront être respectées lors de l'appel d'offres pour recourir à une équipe d'architecte. Il s'agit notamment de respecter des délais minimums de procédure et de mettre en place une commission d'appel d'offres (CAO). La composition de la CAO est donnée à l'article 22 du

CMP. Les membres à voix délibérative à la CAO du CHLM sont la directrice déléguée, le vice-président du Conseil d'administration (CA) et un membre élu du CA. Des suppléants ont également été désignés. À ces membres pourront s'adjoindre des membres du personnel du CHLM s'ils sont compétents dans le domaine du marché. Il pourra peut-être se révéler intéressant d'associer de nouveau le responsable médical et la cadre de santé du Pôle Gériatrie lors de la sélection des offres pour le cabinet d'architecte.

Le CHLM a également fait le choix de recourir à une procédure de conception-réalisation, procédure dérogatoire mais présentant de nombreux avantages pour l'acheteur public.

### **1.2.3 La procédure de conception-réalisation : choix du CHLM**

Procédure dérogatoire (A) à la procédure traditionnelle, la procédure de conception-réalisation présente de nombreux avantages et quelques risques inhérents (B).

#### **A) Définition de la procédure de conception-réalisation**

L'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>10</sup> prévoit la possibilité d'avoir recours, et ce de manière dérogatoire, à la procédure de conception-réalisation. Elle prévoit que « *par dérogation aux articles 7 et 18 de la loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, un établissement public de santé ou une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique peut confier à une personne ou à un groupement de personnes, de droit public ou privé, une mission portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de ses missions ou sur une combinaison de ces éléments* ».

Selon l'article 69 du CMP, les marchés de conception-réalisation sont des marchés de travaux passés selon une procédure d'appel d'offre restreint. La CAO se transforme en jury, composé des membres de la CAO et de maîtres d'œuvre désignés par le pouvoir adjudicateur et représentants au moins un tiers du jury. Ces derniers sont indépendants des candidats et du pouvoir adjudicateur. Ils doivent également être

---

<sup>10</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des créations d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, publiée au JO du 6 septembre 2003

compétents au regard de l'ouvrage à concevoir. Le marché est attribué au vu de l'avis du jury.

Le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 juin 2003 a rappelé les conditions qui devaient être satisfaites afin que le pouvoir adjudicateur puisse recourir à cette procédure. Il s'agit à la fois de l'urgence qui « *s'attache en raison de circonstances particulières ou locales, à rattraper un retard préjudiciable* » et « *la nécessité de tenir compte des caractéristiques techniques, fonctionnelles ou économiques d'un équipement ou d'un service concerné* ». Ce caractère d'urgence a été reconnu pour les opérations conformes à la mise en œuvre du plan Hôpital 2007.

#### B) Avantages et risques de la procédure de conception-réalisation<sup>11</sup>

La procédure de conception-réalisation en induisant un choix simultané du « *concepteur* », l'architecte, et du (ou des) « *réalisateur(s)* », les entreprises du bâtiment, permet d'espérer un gain de temps de l'ordre de 6 à 18 mois selon les opérations. En effet, l'association dès le départ de ces deux parties rend possible la compression des délais d'études de conception et la réduction des délais de travaux. De plus, la procédure de consultation des entreprises, indispensable dans l'appel d'offres traditionnel, est supprimée. Ce gain de temps est un facteur non négligeable pour le CHLM car le projet de reconstruction de l'EHPAD est un projet ancien qui, à de nombreuses reprises, a été repoussé dans le temps. Cela a conduit à une vétusté importante des bâtiments et surtout à un scepticisme sur la réalité du projet de la part du personnel du Pôle Gériatrie du CHLM.

Cependant ce gain de temps peut engendrer corrélativement certains risques<sup>12</sup>. Pour les éviter, le délai consacré à la phase de programmation devra être allongé pour permettre à l'équipe de programmistes de réaliser un programme technique détaillant précisément (plus que dans une procédure traditionnelle) les souhaits du pouvoir adjudicateur. De plus, les offres remises par les candidats devront être plus précises que lors d'un concours sur esquisse. En dernier lieu, le jugement des offres, par le jury, devra être très rigoureux.

Concernant l'aspect coût, aucune démonstration n'a pu prouver à ce jour que le recours à cette procédure permettait d'escompter des gains financiers. Néanmoins, l'engagement financier initial est ferme et définitif. Tous les aléas de conception et de

---

<sup>11</sup> MAINH, *Guide de la conception-réalisation*, 32p.

<sup>12</sup> Notamment à ce stade une mauvaise définition ou expression des besoins.

réalisation imputables au groupement sont donc réputés inclus dans son offre globale et forfaitaire.

Le CHLM recourra à la procédure de conception-réalisation pour la seconde phase du projet architectural qui devrait vraisemblablement intervenir début 2009.

### **1.3 Bientraitance des personnes âgées : adéquation du projet architectural au projet de vie**

La bientraitance des personnes âgées (1.3.1), mission première d'un EHPAD, ne peut être mise en œuvre que par une architecture respectant le projet de vie. Pour éviter que l'architecture soit maltraitante (1.3.2), le projet de vie doit être entrevu comme un véritable « *cahier des charges* » pour le projet architectural (1.3.3).

#### **1.3.1 La bientraitance, essai de définition**

Le concept de bientraitance (B), récemment apparu dans les écrits en gérontologie, peut se définir en opposition au concept de maltraitance (A).

##### **A) Définition du concept de maltraitance**

Le Conseil de l'Europe a donné en 1987 une définition de la maltraitance : « *tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne [...] ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ». Cette définition a été complétée en 1992 par une classification opérée par le Conseil de l'Europe. La maltraitance peut, selon celle-ci, revêtir différentes formes : violences physiques, psychiques ou morales, matérielles et financières, médicales ou médicamenteuses, négligences actives, passives ou encore privation ou violation de droits.

La maltraitance est un phénomène qui atteint en majorité des personnes fragiles : les enfants, les femmes mais aussi les personnes âgées. D'ailleurs, plus une personne âgée est vulnérable, de plus en plus dépendante, plus ce phénomène est fréquent. Dans sa déclaration de Toronto en 2002 sur la prévention des mauvais traitements aux personnes âgées, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare : « *On entend par*

*maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée ».*

Cette maltraitance peut intervenir dans une structure d'accueil sous la forme d'actes inappropriés, d'habitudes ancrées maltraitantes ou encore du fait d'un sous-effectif de soignants. En effet, si le risque de maltraitance s'accroît avec la dépendance de la personne âgée, il augmente aussi avec le stress des soignants, croissant en cas de sous-effectif. On considère également comme maltraitant un comportement qui viserait à faire systématiquement à la place de la personne âgée chaque geste du quotidien. Ainsi, un agent ne laissant pas la possibilité au résident de manger seul alors qu'il en aurait la capacité et le désir, parce que cela est plus long notamment et risquerait de désorganiser son planning de travail, est considéré comme un acte maltraitant.

## B) Bientraitance des résidents en EHPAD

*« La proximité des deux concepts de bientraitance et de maltraitance signale une profonde résonance entre les deux. [...] Ainsi, la bientraitance démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque<sup>13</sup> ». « La bientraitance ne peut, en tant que telle, pas recevoir de définition définitive » et c'est pourquoi « il appartient à chaque équipe de professionnels, en lien avec les usagers, d'en déterminer les contours et les modalités de mise en œuvre dans le cadre du projet de service et d'établissement, faute de quoi la démarche perdrait de sa dynamique et de son sens<sup>14</sup> ».*

Le projet de vie apparaît, au sens de la recommandation de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) comme un outil de promulgation de la bientraitance au sein d'un établissement : *« La démarche de bientraitance exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques pour une prise de recul régulière des professionnels, et une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective a mûries et préconise pour améliorer les pratiques<sup>15</sup> ».* Parce qu'il articule les valeurs éthiques (liberté, respect de la dignité) à la mise en œuvre d'actions concrètes qui permettent de reconnaître la singularité de chaque résident le projet de vie s'inscrit dans une démarche de bientraitance. Toute action allant

---

<sup>13</sup> ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. p. 13

<sup>14</sup> Ibid. p. 14

<sup>15</sup> Ibid. p. 15

également dans le sens de l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant et de la lutte contre l'épuisement des soignants aura pour conséquence corrélativement de réduire le risque de maltraitance au sein de l'institution.

Si le comportement des agents peut être un des facteurs reconnus de maltraitance, l'architecture, moins mise en avant traditionnellement, s'avère également parfois maltraitante.

### **1.3.2 L'architecture, source potentielle de maltraitance**

Plusieurs caractéristiques inhérentes à l'architecture peuvent en effet conduire à certaines formes de maltraitance envers les personnes âgées en institution. Florence SOUCHON<sup>16</sup> pose ainsi la question : « *Que dire d'une unité en hauteur, pour des patients cognitivement déficients, où les fenêtres s'ouvrent béantes sans difficulté ?* », « *Que dire d'une « unité Alzheimer », dont l'espace de déambulation est prévu sur la terrasse au cinquième étage, sans garde fou surélevé ?* »<sup>17</sup>. A travers ces exemples on comprend sans difficulté en quoi l'architecture peut être synonyme de maltraitance des personnes âgées.

En effet, l'architecture selon Le Corbusier « *c'est une tournure d'esprit et non un métier* ». Il ne suffit donc pas à l'architecte d'avoir une compétence particulière en construction d'EHPAD pour réaliser un bâtiment correspondant aux attentes des résidents. Il faut avant toute chose que sa « *tournure d'esprit* » lui permette de s'adapter à ses interlocuteurs et d'intégrer la problématique et les besoins des personnes âgées. Il paraît important de se poser la question suivante : « *Que renvoie la vieillesse à l'architecte ?* ». Cette interrogation, que l'on pose également à l'attention de l'équipe dans le projet de vie, nous permettra d'appréhender la nature du regard posé par l'architecte sur le phénomène de la vieillesse. Si l'architecte pose un regard humain et attentif sur le vieillissement et ses conséquences alors l'architecture sera probablement bientraitante.

---

<sup>16</sup> SOUCHON F. et al, « L'architecture peut-elle être source de maltraitance ? », *Gérontologie et société*, décembre 2006, n°119, pp.75-84

<sup>17</sup> Ibid p. 76

Au contraire, si l'architecte pose un regard empreint de crainte voire de dédain alors l'architecture risque de ne pas correspondre aux attentes des personnes âgées. Il est vrai que s'interroger sur la construction d'un bâtiment accueillant des personnes âgées dépendantes revient à s'interroger sur ce que renvoie l'image de la vieillesse et de la perte d'autonomie. Et, comme le dit très justement Michel AGAËSSE « *L'ambition collective de notre pays et des pouvoirs publics est loin d'être à la hauteur du respect que nous devons à nos anciens* »<sup>18</sup>.

Une seconde réflexion peut amener à renforcer ce constat de maltraitance par l'architecture. La prise en compte des coûts de construction liée aux contraintes économiques très fortes à l'heure actuelle interroge. Il est vrai que les coûts de construction sont une très forte contrainte aujourd'hui d'autant plus que le financement d'un EHPAD provient essentiellement des ressources propres de la structure. En Isère, le Conseil général apporte une aide financière, calculée en fonction du nombre de lits. En contrepartie, il est notamment demandé à ce que le prix de journée à la charge du résident<sup>19</sup> ne dépasse pas 60 euros par jour. La CNSA apporte elle aussi une contribution dans le cadre de son programme d'aide à la modernisation des structures sociales et médico-sociales. Le montant de l'investissement se trouve donc réduit par ces deux types d'aides, d'autres mineures pouvant intervenir, mais il n'en reste pas moins que le budget de fonctionnement est lourdement grévé par cet investissement, par le biais des dotations aux amortissements et des frais financiers en cas d'emprunt. Le résident, surtout au CHLM qui accueille des personnes âgées avec des revenus modestes pour la plupart, ne peut donc pas voir indéfiniment le prix de journée croître. Il incombe donc au directeur, en collaboration avec le programmiste, de choisir un projet architectural ambitieux et s'adaptant à la personne âgée mais dont le montant reste « *raisonnable* ». De même, le coût de la surface au sol ne doit pas conduire à créer des chambres trop petites et non adaptées aux personnes âgées à mobilité réduite.

Toutes ces raisons traduisent la nécessité de positionner véritablement le projet de vie comme cahier des charges du projet architectural.

---

<sup>18</sup> AGAËSSE M., *Construction, extension, rénovation d'une maison de retraite, Le point de vue d'un promoteur*. p. 95

<sup>19</sup> Le prix de journée à la charge du résident correspond au coût du tarif hébergement plus le tarif du GIR 5-6. Les résidents admis à l'Aide sociale ne paient pas de prix de journée.

### 1.3.3 Le projet de vie, cahier des charges du projet architectural

Le socle de toute réflexion concernant la construction ou reconstruction d'un EHPAD doit être le suivant : c'est au bâti de s'adapter à la personne accueillie et non l'inverse. C'est ce que traduit l'idée selon laquelle la « *vie* » doit guider les « *murs* ».

Selon la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, « *l'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité* ». Le projet architectural ainsi présenté est conçu à part entière comme un projet thérapeutique au service de la personne âgée dépendante. Il s'agit donc de poser ses fondements par la réalisation d'un projet de vie ambitieux évoquant les nombreux thèmes communs aux deux projets : accessibilité, espace, son notamment. Comme le rappelle Michel AGAËSSE, « *la conception d'un projet architectural doit s'axer sur la vie, l'autonomie* »<sup>20</sup>. Ainsi, l'esthétique architectural empêche souvent la violence et la dégradation, l'espace génère davantage le calme que les endroits exigus. De même, une couleur vive peut signifier pour une personne désorientée une forme d'agression. On peut aussi citer comme exemple le bruit, favorisé par des matériaux inappropriés qui engendre des comportements agressifs et augmente le stress et l'anxiété des résidents. Près d'un quart des pertes d'équilibre sont provoquées par un défaut de conception ou d'aménagement.

La réflexion relative au thème de l'accessibilité du bâtiment s'inscrit de la même manière dans la recherche de la bientraitance des résidents. Si les réglementations imposent aujourd'hui des normes très strictes, en particulier concernant l'accessibilité des personnes handicapées, le projet de vie traduit cette préoccupation en valeurs. La question de l'accessibilité peut en effet être appréhendée sous l'angle de la liberté d'aller et venir. C'est l'approche gérontologique qui est ici favorisée. La réalisation d'un jardin accessible uniquement par un escalier, voire même une rampe dont la pente est trop raide, revient à nier le droit d'aller et venir des résidents.

Tous ces exemples démontrent la nécessité de prendre en compte la personne âgée dépendante avec ses particularités, ce que fait le projet de vie, et de les traduire en terme architectural. Michel AGAËSSE émet un postulat visant à aider le promoteur à élaborer le programme architectural : « *construire des maisons de retraite où nous*

---

<sup>20</sup> Op. cit. AGAËSSE, p. 84



*pourrions vivre et où nous accepterions de voir nos parents accueillis »<sup>21</sup>. Un EHPAD doit allier à la fois les qualités d'un hôtel, d'un établissement de soins et d'un outil de travail pour les agents.*

Pour aider cette relation entre projet de vie et projet architectural, le CHLM a choisi de privilégier la présence d'un gérontologue dans l'équipe de programmistes. Cette compétence permettra de formaliser le lien entre ces deux projets et de veiller à ce que le projet envisagé respecte le bien-être de la personne âgée.

La promulgation d'une démarche de bientraitance au sein du CHLM impose de fonder les bases d'une véritable démarche qualité. C'est pourquoi, projet de vie et projet architectural doivent être menés selon cette dynamique.

---

<sup>21</sup> Ibid p. 95

## **2 Le projet de reconstruction de l'EHPAD du CHLM : une démarche qualité alliant projet de vie et projet architectural**

La réflexion sur l'élaboration du projet d'établissement a amené le groupe de travail du Pôle Gériatrie à préciser son ambition concernant la reconstruction de l'EHPAD. Il lui est apparu que ce projet devait s'inscrire dans une véritable démarche d'amélioration de la qualité (2.1). C'est dans cet objectif qu'une enquête de satisfaction a été initiée (2.2) et que des pistes d'actions ont été dégagées (2.3).

### **2.1 Concevoir la reconstruction de l'EHPAD comme une démarche d'amélioration de la qualité**

La définition théorique de la démarche qualité, particulièrement en EHPAD (2.1.1) puis la distinction des étapes qu'elle doit respecter (2.1.2), confirment la thèse selon laquelle projet de vie et projet architectural doivent être menés comme une démarche qualité à part entière (2.1.3).

#### **2.1.1 Définition de la démarche qualité en établissement pour personnes âgées**

La démarche qualité prend aujourd'hui une place de plus en plus importante dans les structures sanitaires et sociales. Pour autant, ce n'est pas une démarche qui est naturellement générée par le système sanitaire et social mais plusieurs facteurs ont contribué à l'imposer. Ainsi, la judiciarisation de notre société, la probabilité de plus en plus forte d'avoir à rendre compte de ses actes, la place croissante donnée aux usagers avec cette demande de transparence de leur part, ont conduit les établissements à mener des démarches qualité. Aujourd'hui cela est même devenu une obligation législative<sup>22</sup>. Le CHLM a ainsi été accrédité V1 (version 1) et devra se préparer à recevoir la visite des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) dès 2010 pour la certification V2. Concernant le Pôle Gériatrie en particulier, les procédures de conventions tripartites ont donné lieu à la mise en place préalable d'une évaluation de la qualité basée sur le modèle

---

<sup>22</sup> L'accréditation a été rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par le décret n°97-311 du 7 avril 1997. Depuis la loi du 13 août 2004, c'est la Haute Autorité de Santé qui a en charge la procédure de certification (changement de vocable introduit par cette même loi).

Angelique<sup>23</sup>. C'est ainsi que les unités d'USLD ont signé leur convention tripartite en décembre 2004 et la maison de retraite en décembre 2006.

Selon la définition donnée par Mrs DUCALET et LAFORCADE, « *la qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, dispositif, etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'utilisateur, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psychosocial), son autonomie sociale et sa dignité humaine* »<sup>24</sup>. Si l'on reprend cette définition pour la personnaliser au monde de la gériatrie on peut dire que la qualité en EHPAD a pour objectif de replacer au centre l'utilisateur, c'est-à-dire le résident, la personne âgée, pour répondre à ses besoins, en vue de maintenir son autonomie physique, psychique et sociale ainsi que sa dignité.

Cette définition a pour grand mérite de ne pas redonner une place trop prépondérante à la dimension soignante, souvent trop présente dans le système sanitaire et social. En effet, si l'hôpital est un lieu de soins où l'on doit insérer de la vie, l'EHPAD est un lieu de vie où l'on prodigue des soins. Il est intéressant de voir comment cette préoccupation se ressent dans le vocable choisi pour désigner l'utilisateur dans les structures sanitaires et sociales. Si l'on parle de « *patient* » pour les établissements de santé on préfère aujourd'hui utiliser le terme de « *résident* » pour désigner la personne âgée accueillie en EHPAD. Cela signifie bien la volonté des pouvoirs publics de se dégager de cette prééminence du soin pour se tourner vers la vocation sociale des EHPAD. Cette problématique est fortement imprégnée au CHLM qui est un établissement dont la première vocation est logiquement le soin en tant qu'établissement de santé. Cependant les USLD, qui ont basculé dans le champ médico-social après la signature de la convention tripartite, ainsi que la maison de retraite sont des établissements à vocation médico-sociale or, souvent, le vocable de « *patient* » est utilisé pour nommer les « *résidents* ». Cela démontre bien, encore aujourd'hui, la forte prégnance de la vision soignante.

---

<sup>23</sup> Ce modèle d'auto-évaluation a été rendu obligatoire par la réglementation d'avril 1999 sur la réforme de la tarification.

<sup>24</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, p. 130

La fondation nationale de gérontologie a conçu un outil d'évaluation intéressant où trois critères prédominent : l'intégration de l'établissement dans son environnement géographique, la vie quotidienne des résidents et l'existence d'un projet. La coopération et la notion de filière, les notions de respect, liberté de choix, d'animation et enfin l'organisation du travail, la formation du personnel sont donc mis en exergue par la formation comme critères d'une démarche qualité.

C'est dans l'atteinte de ces objectifs que les étapes d'une démarche qualité devront être construites. Il apparaît que l'étape la plus importante au CHLM est celle de la définition des besoins.

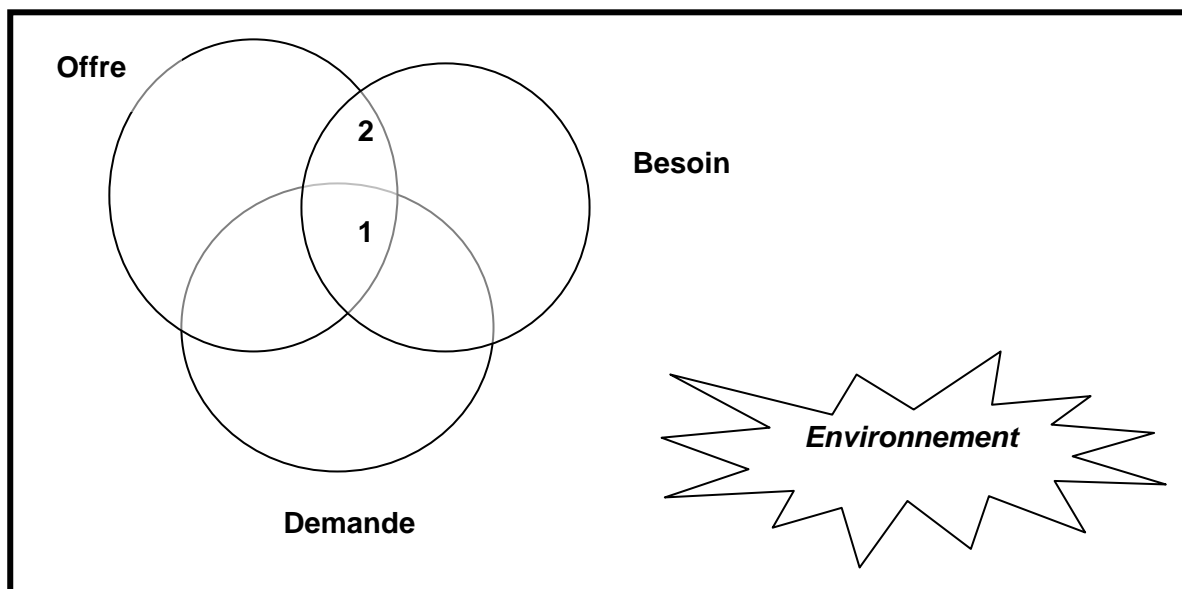
### **2.1.2 Etapes d'une démarche qualité**

Une démarche qualité formalisée doit être conduite de manière rigoureuse. La première étape qu'il paraît important de distinguer est l'analyse des besoins. Concernant ces besoins on différencie trois types de besoins :

- les besoins subjectifs, c'est-à-dire les besoins ressentis par la personne âgée, sa famille et par les professionnels du secteur ;
- les besoins objectifs qui sont révélés par l'analyse des difficultés sociales de la personne âgée, de son handicap, et par l'ensemble des disciplines médicales s'intéressant au domaine de la gériatrie ;
- les besoins qui peuvent être créés par les EHPAD partant du précepte que l'offre peut créer en partie le besoin.

Cette analyse des besoins est la pierre angulaire de la démarche qualité intégrée à un projet de reconstruction. Au CHLM, cette analyse s'est faite en collaboration avec les différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée. Les médecins libéraux ont été sollicités pour transmettre les besoins qu'ils recensaient auprès de leur patientèle. À ce titre, la présence du Dr Eric VILLARET, médecin coordonnateur de la maison de retraite mais également médecin libéral, a permis de faire le relais entre l'hôpital et les médecins de ville. En effet, contrairement à un EHPAD autonome, les deux EHPAD rattachés au CHLM fonctionnent en autarcie. Ils ne font pas appel aux médecins traitants des résidents, les demandes de soins étant prises en charge par des médecins salariés de l'hôpital. Il est donc important qu'un lien existe avec la ville. Le Conseil général a également été sollicité, car il dispose d'une bonne connaissance des personnes âgées à domicile par le biais de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Une fois les besoins recensés, il s'agit d'analyser l'offre proposée par la structure. Dans le schéma proposé ci-dessous<sup>25</sup>, un troisième déterminant apparaît, il s'agit de la demande. Elle correspond aux prestations sollicitées par la population. Le besoin est ici entrevu comme les prestations souhaitables<sup>26</sup>.



Une institution n'excelle que lorsque ses prestations se trouvent à l'intersection des trois ensembles (zone 1) : elle offre alors une prestation qui répond à la fois à un besoin et à une demande de la population. La zone 2 correspond quant à elle à l'hypothèse où la structure a anticipé l'évolution de la demande. Une action s'inscrivant dans une démarche qualité ne visera pas à supprimer ce type de prestations, même si elles sont sous-utilisées, mais développera plutôt les aides de proximité qui permettront à l'usager de transformer en demande explicite ses besoins inexprimés.

Une fois les besoins recensés, une analyse de l'existant devra être menée conduisant à mettre en lumière l'écart noté entre ces deux variables. Il conviendra alors, à l'aide de référentiel de qualité par exemple, de mettre en place un plan d'actions correctives intégrant les concepts d'actions, de moyens, durée, critères d'évaluation mis en œuvre pour atteindre les objectifs escomptés.

---

<sup>25</sup> Ibid., p. 85

<sup>26</sup> Un besoin pourra exister mais s'il n'est pas formalisé par les personnes alors il ne se transformera pas en demande.

De cet angle de vue, le projet de vie et le projet architectural peuvent être considérés comme de véritables démarches qualité.

### **2.1.3 Projet de vie et projet architectural : la conduite conjointe de deux démarches qualité au CHLM**

Comme cela a été démontré en première partie, le projet de vie en replaçant la personne âgée au centre de la prestation, en définissant ses besoins et en mettant en place des actions correctives s'inscrit dans cette démarche qualité.

La spécificité de la rédaction du projet de vie au CHLM tient au fait qu'elle intègre la restructuration du Pôle Gériatrie et la reconstruction de l'EHPAD. Les acteurs doivent donc pousser encore plus loin leur réflexion pour l'élargir au domaine architectural. Il leur est en effet véritablement possible de s'approprier cette démarche pour redéfinir les fondements de leur intervention.

Le projet de vie s'intègre très fortement dans un objectif de qualité. Tout d'abord, il inaugure le retour momentané de l'utopie. C'est ce que l'on nomme l'idéal de qualité. Il permet de laisser une large place aux solutions alternatives. Il permet également de décloisonner et de rassembler. C'est un outil de communication privilégié pour tenter de faire émerger une culture commune. Cet argument occupe une place importante dans le cas du CHLM où les deux EHPAD, USLD et maison de retraite, fonctionnent de manière très autonome depuis le début. La mise en place de la nouvelle gouvernance a obligé l'établissement à réfléchir à un regroupement de ses services en pôles. C'est dans cette optique que le CA du CHLM a choisi en décembre 2007 de créer un Pôle Gériatrie regroupant ces deux entités. La nomination d'un responsable médical de Pôle devrait permettre de fédérer ces deux entités et le projet de vie devrait permettre de renforcer cette logique. Les deux EHPAD doivent agir dans une même perspective. Enfin, le projet de vie, comme toute démarche qualité, relève du pilotage stratégique. Il se situe dans une perspective à moyen et long termes. Il doit permettre aux équipes de se dégager du quotidien pour regarder à longue échéance et faire naître des projets d'amélioration de la qualité d'envergure.

Le CHLM s'interroge également sur l'opportunité de s'inscrire, parallèlement à la réalisation du projet architectural, dans la démarche de Haute Qualité Environnementale

(HQE). Cette démarche s'inscrit elle aussi à part entière dans une démarche qualité<sup>27</sup>. Ainsi, elle fixe des objectifs que la structure doit atteindre pour obtenir la labellisation HQE, objectifs traduits en quatorze cibles. Ces cibles sont réparties en quatre thématiques : l'éco-construction, le confort, l'éco-gestion et la santé. On peut citer, à titre illustratif, pour la première thématique, les relations des bâtiments avec leur environnement immédiat et, pour la seconde thématique, le confort acoustique. Ces deux thèmes font d'ailleurs le lien avec le projet de vie qui devra être porté au CHLM. Le premier parce que les résidents sont des personnes attachées à leur environnement et à leurs habitudes et qu'il s'agit de ne pas créer un bâtiment futuriste pour le seul plaisir de l'égo de l'architecture et du maître d'ouvrage. Le second parce qu'un bâtiment qui permet de disposer d'un niveau sonore maîtrisé engendrera nécessairement une meilleure qualité de vie des résidents.

L'inscription de ces démarches dans une politique globale d'amélioration de la qualité s'est traduite dans les faits par la réalisation d'une enquête de satisfaction à destination de l'ensemble des acteurs du Pôle Gériatrie.

## **2.2 Réaliser par le biais d'enquêtes de satisfaction un état des lieux en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents**

L'USLD et la maison de retraite du CHLM sont deux EHPAD qui ont des différences très marquées de prime abord (2.2.1). L'enquête de satisfaction, outil permettant de réaliser un état des lieux exhaustif de l'opinion des acteurs (2.2.2), a été utilisée par le groupe de pilotage afin de mesurer la qualité de prise en charge et de faire participer les acteurs au projet de reconstruction (2.2.3).

### **2.2.1 USLD, maison de retraite : deux lieux aux caractéristiques distinctes**

La langue française est très riche et souvent l'utilisation de tel ou tel mot, qui d'apparence expriment la même idée, est révélatrice de la nuance que l'interlocuteur veut apporter. Au début de mon stage, lors de la présentation de l'établissement, la directrice déléguée m'a présenté les deux EHPAD en nommant, les « *unités d'USLD* » et la « *maison de retraite* ». Cela m'a interpellé puisque, étant conventionnés, on devait

---

<sup>27</sup> Il est à noter néanmoins que nombre des cibles retenues par la démarche HQE sont d'ores et déjà imposées par la réglementation hospitalière.

désormais parler d'« EHPAD ». Dès lors, je me suis saisie de ma première mission, la rédaction du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, pour rédiger des documents communs aux deux structures et surtout replacer le terme d'« EHPAD » dans leur rédaction. Mais après avoir passé plus de huit mois au sein du CHLM, j'utilise moi aussi ces deux termes pour les nommer. L'histoire est donc bien plus forte que cette tentative de rapprochement voire d'uniformisation par le vocable !

L'USLD (EHPAD E1) et la maison de retraite (EHPAD E2), bien qu'aujourd'hui réunis au sein d'un même Pôle, disposent chacun d'un budget annexe à celui principal de l'hôpital. Ces budgets traduisent en termes financiers les deux conventions tripartites qui ont été signées. Leur différence est notable car les populations accueillies, du point de vue de la dépendance, ne sont pas les mêmes. Ainsi l'USLD a un GIR Moyen Pondéré (GMP) de 845 selon la dernière coupe Pathos, alors que la maison de retraite a un GMP de 400. La plupart des résidents de l'USLD sont ainsi en GIR 1-2 (64 résidents sur les 80 accueillis) alors que seuls 9 résidents de la maison de retraite sont en GIR 1-2. A l'inverse, l'USLD n'accueille aucun résident en GIR 5-6 alors qu'en maison de retraite cela représente 24 résidents.

Deux explications peuvent être avancées pour expliquer ce phénomène.

Tout d'abord, un déterminant propre à l'histoire de ces deux institutions. La maison de retraite a été créée pour accueillir des personnes âgées souhaitant entrer en institution du fait principalement d'un sentiment de solitude. La configuration des lieux du Plateau Matheysin fait que sa zone d'attractivité est montagneuse et composée de petits villages dispersés et isolés. Traditionnellement, la maison de retraite accueille donc des gens qui recherchent un environnement sécurisant et chaleureux. C'est d'ailleurs dans cette optique que s'est créé un hébergement temporaire informel, notamment pendant l'hiver.

La seconde raison tient aux locaux des deux EHPAD. L'USLD est située dans les locaux de l'hôpital. Deux unités de quarante lits ont été constituées. La configuration architecturale, du type sanitaire, permet donc d'accueillir des patients très dépendants. D'ailleurs, régulièrement, deux résidents pouvant relever de soins palliatifs sont pris en charge par l'USLD. Au contraire, la maison de retraite a été construite dans les années 1960 et se révèle inadaptée à la prise en charge des personnes à mobilité réduite. Le bâtiment ne dispose que d'un seul ascenseur, à la fois pour le personnel et les résidents, les chambres ne sont pas conçues pour accueillir des fauteuils roulants (l'entrée des sanitaires étant trop étroite pour les faire passer). Cela conduit donc à transférer les personnes devenues trop dépendantes dans les unités d'USLD.



Enfin, l'éloignement entre ces deux structures, dû à la différence de population accueillie, à l'histoire, à la configuration géographique, est accentué par la distinction des équipes. Le personnel de la maison de retraite n'est jamais, sauf cas exceptionnel, amené à travailler en USLD et de même dans le sens inverse. Les équipes du CHLM l'avouent volontiers, elles ne se connaissent pas ! Cela renforce donc la différence de culture présente, l'USLD ayant une culture sanitaire alors que la maison de retraite dispose au contraire d'une vision plus médico-sociale de sa mission.

Pour autant, ces deux EHPAD ont la même vocation, le même objectif : offrir une prise en charge de qualité aux personnes âgées. C'est pourquoi une enquête de satisfaction conjointe a été réalisée pour établir un état des lieux.

## **2.2.2 Utilisation de la méthode de l'enquête de satisfaction par le comité de pilotage au CHLM**

### A) L'enquête de satisfaction dans la démarche d'amélioration de la qualité

L'évaluation de la satisfaction s'avère une étape importante du cycle d'amélioration de la qualité. Pour l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale)<sup>28</sup>, la satisfaction est « *une notion complexe, subjective et qualitative, essentiellement constituée d'éléments subjectifs et variables, laquelle doit être analysée dans le contexte des attentes des patients* »<sup>29</sup>. Elle peut ainsi être influencée par de nombreux facteurs subjectifs, tels que l'expérience antérieure, les habitudes de vie, les références personnelles, et objectifs, comme la qualité des soins, de l'accueil, de la restauration. Au final, « *la satisfaction ou l'insatisfaction ressentie par l'utilisateur vient de sa perception de l'écart entre ses attentes et son expérience de la réalité offerte par l'établissement, dans une situation donnée et compte tenu de ses expériences antérieures et de ses habitudes de vie* »<sup>30</sup>.

Pour mesurer cet écart, deux dimensions doivent être interrogées dans l'enquête :

- une dimension quantitative : qui permet de fournir une valeur mesurable ;
- une dimension qualitative : qui permet de faire apparaître un sentiment.

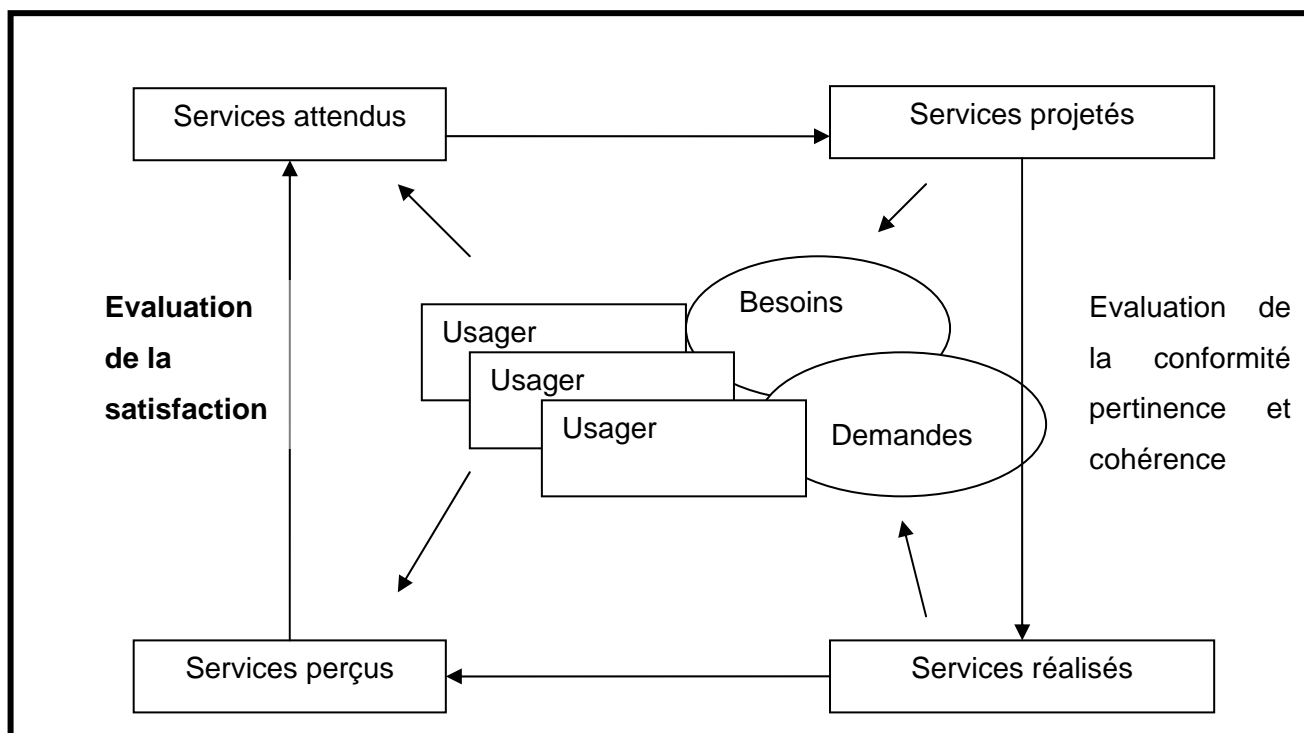
---

<sup>28</sup> ANDEM est l'ancienne ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé) devenue elle-même l'HAS.

<sup>29</sup> DUCALET, LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p. 153

<sup>30</sup> Ibid, p. 154

L'enquête de satisfaction s'inscrit dans le cycle d'amélioration de la qualité puisqu'elle permet de mesurer l'écart entre les services perçus et les services attendus, tel que le démontre le schéma ci-dessous<sup>31</sup>.



#### B) Utilisation de la méthode de l'enquête de satisfaction

Le comité de pilotage du projet de reconstruction souhaitait, avant de réfléchir à la rédaction d'un projet de vie, recueillir l'avis des résidents, des familles et du personnel afin de connaître les points d'insatisfaction et de satisfaction. Au-delà du traditionnel état des lieux, le comité de pilotage a émis le souhait de pouvoir sonder les acteurs concernant le thème du projet de reconstruction. J'ai donc proposé de recourir à la méthode des enquêtes de satisfaction car elle permettait de répondre à deux contraintes posées :

- disposer d'un avis le plus exhaustif possible ;
- être réalisable car peu de moyens humains pouvaient être dédiés à cette action.

La réalisation d'entretiens individuels paraissait donc inenvisageable.

En ce basant sur le questionnaire type proposé par la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>32</sup>, une enquête personnalisée a vu le jour. Elle était différenciée en fonction des familles, des résidents et du personnel. Pour les familles, l'enquête a été envoyée par courrier avec une enveloppe pré-timbrée pour faciliter le retour. L'enquête à destination du personnel a été jointe à leur feuille de paie. Tout le personnel du Pôle Gériatrie a été

<sup>31</sup> Ibid., p. 149

<sup>32</sup> Disponible sur son site internet [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

destinataire de l'enquête, de même que l'équipe de pool de suppléance qui intervient fréquemment dans le Pôle et l'équipe de rééducation, réadaptation. Enfin, concernant les résidents, l'ensemble des résidents de la maison de retraite a été destinataire de l'enquête car la cadre de santé a jugé qu'ils pouvaient répondre seuls ou en disposant d'une aide si nécessaire. Par contre, les résidents de l'USLD, du fait de leur niveau de dépendance, ont été aidés par la cadre de santé pour le renseigner. Cela s'est donc plus apparenté à un entretien.

Le questionnaire destiné aux familles<sup>33</sup> et aux résidents<sup>34</sup> abordait les thèmes suivants : la chambre, les soins, les contacts avec le personnel, le linge, les réparations, les repas, les déplacements, l'animation, la vie et la satisfaction globale.

Le questionnaire destiné au personnel<sup>35</sup> traitait, quant à lui, des thèmes suivants : la satisfaction globale au travail, la relation au résident, la vie, le projet de reconstruction, le projet de vie.

Une synthèse de l'analyse des enquêtes a pu être réalisée et donner une représentation de l'opinion des acteurs interrogés concernant l'état actuel de la prise en charge des personnes âgées.

### **2.2.3 Résultats des enquêtes de satisfaction au CHLM**

Le taux de réponse pour les familles est globalement satisfaisant puisqu'il s'élève à 50 % environ (sur 122 questionnaires envoyés, 67 ont été renseignés). Concernant le personnel, ce taux est un peu moins élevé (44 %). Le taux de réponse est le même qu'il s'agisse de personnel travaillant en USLD ou en maison de retraite.

#### **A) Satisfaction des familles et des résidents<sup>36</sup>**

La satisfaction est globalement très bonne concernant les familles et les résidents sur la qualité de prise en charge. Concernant la chambre, tous souhaitent être hébergés en chambre simple (ce qui n'est pas le cas actuellement) et disposer d'une douche privative. Ce thème est d'ailleurs l'objet d'un point d'insatisfaction pour l'USLD, où les résidents ne sont douchés qu'une fois tous les quinze jours. Les résidents (76 %) et les familles (90 %) sont très globalement très satisfaits de la qualité des soins. La restauration recueille une satisfaction moins importante concernant deux points : la qualité

---

<sup>33</sup> Annexe 1

<sup>34</sup> Annexe 2

<sup>35</sup> Annexe 3

<sup>36</sup> Voir en annexe 1,2 pour consulter les résultats exhaustifs de l'enquête.

qui laisse à désirer et l'heure du repas du soir en USLD (17h45). Concernant l'item « *déplacements* », les familles et les résidents souhaitent que les abords de l'établissement et notamment le jardin soit plus accessibles et mieux entretenus. Cela est une remarque très importante qu'il faudra prendre en compte lors de la rédaction du projet de vie car dans un milieu rural, où les personnes se soucient fortement de leur extérieur, le jardin est un facteur important du bien-être de la personne âgée.

En général, l'image de l'établissement s'améliore après l'entrée en établissement : avant l'entrée en établissement de leur parent, 33 % des familles ont une image positive de l'établissement (33% n'ont pas d'opinion) mais après l'entrée, 60 % en ont une image positive. La même tendance est observée chez les résidents, 15 % ayant une image positive de l'établissement avant leur entrée (44% n'ayant pas d'opinion) et, après l'entrée, 42 % ont une image positive (voire très positive dans 27 % des cas).

#### B) Satisfaction du personnel<sup>37</sup>

Contrairement aux résidents et aux familles, le personnel du Pôle Gériatrie, par le biais de l'enquête, a exprimé une relative insatisfaction concernant ses conditions de travail. Si le personnel a majoritairement choisi de travailler en gériatrie, il juge que, du fait du manque de personnel, la charge de travail est trop lourde. Cela se retrouve dans le taux d'absentéisme qui est plus élevé pour le personnel du Pôle Gériatrie que pour l'ensemble du personnel de l'établissement. Cela peut également s'expliquer par le fait que le CHLM est confronté à de fortes difficultés de recrutement sur les postes d'infirmières et d'aides-soignantes et que, pour faire tourner les équipes, la cadre supérieure de santé doit fréquemment avoir recours à du personnel intérimaire.

Cependant le personnel du Pôle Gériatrie est très favorable au projet de reconstruction proposé. Il est en majorité favorable au regroupement des lits de maison de retraite et d'une partie des lits d'USLD, même si cette proportion est moindre chez le personnel de la maison de retraite. La redéfinition de l'offre proposée par le CHLM fait l'unanimité. Ils se sont exprimés concernant les aménagements architecturaux qui contribueraient à améliorer leur condition de travail et ont cité notamment, la construction du nouveau bâtiment sur un même niveau, des chambres plus grandes, une meilleure disposition des locaux, des unités de vie plus petites.

Une démarche qualité ne peut réussir sans un volet communicationnel fort. C'est pourquoi, pour les familles, un courrier de la directrice déléguée a accompagné les enquêtes et qu'une synthèse leur a été adressée leur présentant les résultats. Pour les résidents, ce sont les cadres de santé qui se sont chargées de faire le relais. Enfin, pour

---

<sup>37</sup> Voir en annexe 3 pour consulter les résultats exhaustifs de l'enquête

le personnel, une présentation, avant et après enquête, leur a été faite lors des réunions de transmission.

Tout ce travail au préalable permet de proposer des pistes d'action à mettre en œuvre dans le projet de vie.

## **2.3 Améliorer la qualité de la prise en charge des résidents du CHLM : les pistes d'action**

La réflexion du comité de pilotage a débouché sur la formulation de trois propositions : la création d'une filière gériatrique au sein du CHLM (2.3.1), la diversification de l'offre proposée (2.3.2) et la création de deux unités psycho-gériatriques (2.3.3).

### **2.3.1 La redéfinition d'une véritable filière gériatrie au sein du CHLM**

Lors des toutes premières réflexions autour du projet de reconstruction, il n'était question que de la reconstruction du bâtiment de la maison de retraite. Ce projet était en effet motivé uniquement par des questions de non-conformité à la réglementation sécurité-incendie.

Cependant, la réflexion sur le projet d'établissement initiée en septembre 2007 a permis d'adopter une vision plus orientée vers l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Un second facteur a fait évoluer le projet en ce sens. La réalisation de la coupe Pathos, pendant l'été 2007 au CHLM, a en effet permis de voir que 33 résidents entraient dans la catégorie Soins Médico-Techniques Importants (SMTI). La directrice déléguée, en accord avec le responsable de pôle, a décidé de demander à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) le transfert de 30 lits dans le champ sanitaire. Cette demande ayant été acceptée, ces 30 lits basculeront dans le champ sanitaire dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Le comité de pilotage a pris note de cette modification et a choisi de s'en saisir pour l'intégrer au projet de vie et projet architectural. Les patients SMTI ont la particularité de nécessiter une forte proximité du plateau technique pour favoriser la qualité des soins et de la prise en charge. C'est pour cela que le comité de pilotage a décidé de garder ces 30 lits au sein de l'hôpital. La question se posait donc pour les 50 lits d'USLD restant dans le champ médico-social. Il est alors apparu naturel de les

regrouper avec ceux de la maison de retraite et donc de proposer la création d'un bâtiment de 120 lits. Cette option a l'avantage de permettre de proposer une humanisation de l'USLD existante. L'espace laissé vacant par les lits transférés dans le nouveau bâtiment permettra en effet d'agrandir les chambres, de créer des sanitaires privés. C'est aussi une amélioration pour les conditions de travail du personnel puisque, actuellement, une unité d'USLD est disposée sur deux étages et rend le travail du personnel soignant difficile.

Cette partition rend véritablement cohérente la filière gériatrique du CHLM. Le comité de pilotage propose de créer un nouveau bâtiment qui puisse accueillir des personnes âgées dépendantes. Ces personnes pourront être prises en charge jusqu'à la fin de vie. Cela est une amélioration notable par rapport à la situation actuelle où les résidents de la maison de retraite devenus trop dépendants doivent être transférés en USLD. Cette solution n'est pas acceptable pour le bien-être du résident qui perd ses repères et voit ce transfert comme une véritable punition. Cela peut donc conduire à une véritable dégradation de l'état de santé de la personne.

Si toutefois un résident nécessite une hospitalisation, il pourra être pris en charge par l'unité de médecine du CHLM. De même il pourra bénéficier des consultations spécialisées qui sont proposées par l'unité de consultations externes. A titre d'exemple, les résidents pourront bénéficier des consultations mémoire, consultations dont la pérennisation est inscrite dans le projet d'établissement du CHLM.

Cette filière gériatrique doit permettre d'améliorer le bien-être des résidents du Pôle Gériatrie. Une deuxième proposition s'inscrit dans cette voie : la diversification de l'offre.

### **2.3.2 La diversification de l'offre proposée par le nouvel EHPAD pour une meilleure adéquation aux besoins recensés**

À l'heure actuelle, l'offre proposée par le CHLM n'est pas identifiée par type de population. Certes, comme on a pu le constater précédemment, les résidents accueillis en USLD et en maison de retraite ont un degré de dépendance bien distinct mais cette distinction n'est en aucun cas le résultat d'une politique définie. Or, il est apparu que le fait de ne pas proposer de prestations diversifiées ne répondait pas aux besoins ressentis. Au-delà de cette inadéquation aux besoins, certains résidents, atteints notamment de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, sont déjà, de fait, accueillis mais la structure ne correspond pas à leurs spécificités. À titre d'exemple, pour les résidents

déambulants et dont le risque de fugue est identifié, le CHLM, faute de disposer de locaux adaptés a mis en place des bracelets anti-fugue. Cette solution n'est pas satisfaisante car elle implique une importante surveillance de la part du personnel. D'autre part, l'espace extérieur n'étant pas sécurisé, ces personnes là ne peuvent y avoir accès. Il n'y a donc pas de respect de leur liberté d'aller et venir, valeur qui doit être inscrite dans tout projet de vie.

#### A) Création de deux unités psycho-gériatriques

Dans un objectif d'amélioration de la qualité, la nécessité de créer des unités psycho-gériatriques s'est fait jour. Dans un contexte incertain, du fait de la montée en charge des politiques de maintien à domicile et de la forte difficulté locale de recrutement, le comité de pilotage a pris la décision de partir de l'existant pour proposer cette diversification de l'offre.

À partir des résultats de la coupe Pathos, le responsable de Pôle a donc effectué un recensement des résidents accueillis par pathologies. Il en est ressorti que 27 résidents actuels pouvaient relever d'une unité psycho-gériatrique. Le comité de pilotage a donc proposé la création, au sein du nouveau bâtiment, de deux unités psycho-gériatriques de 13 lits chacune.

#### B) Création de deux lits d'hébergement temporaire

D'autre part, il a été noté que la maison de retraite pratiquait à titre informel de l'hébergement temporaire que ce soit pour la période hivernale (isolement de certains villages) ou pour la période estivale (soulagement des aidants). Le comité de pilotage a donc souhaité officialiser cette prestation et intégrer dans le projet la création de deux lits d'hébergement temporaire.

#### C) Création de cinq places d'accueil de jour

Enfin, au-delà de cette identification de l'offre, il est apparu important de répondre aux attentes de la population. Le schéma gérontologique de l'Isère préconise la création de places d'accueil de jour dans le département. Ces places ont vocation à soulager les aidants temporairement sans devoir recourir à un hébergement permanent qui peut engendrer une forte culpabilisation de leur part. De plus, la prestation d'accueil de jour n'est proposée à l'heure actuelle que sur l'agglomération grenobloise. Le trajet, dont le coût est élevé car effectué en taxi, est pris en charge par les familles. Peu de familles peuvent donc se permettre ce « *luxe* ». Il était également important pour le comité de pilotage, de s'interroger sur la pertinence d'ouvrir un accueil de jour sur le Plateau Matheysin. Les médecins libéraux du Plateau ont été sondés et ont recensé une demande parmi leurs patients. Au-delà, prestation « *en vogue* », le comité de pilotage s'est tourné vers les autres établissements de la zone de proximité qui s'étaient eux-

mêmes lancés dans un projet similaire. Il est apparu que quand bien même des ouvertures d'accueil de jour étaient prévues, leurs capacités prévisionnelles étaient limitées et ne suffiraient probablement pas à répondre à la demande exprimée. Le comité de pilotage a donc décidé la création de cinq places d'accueil de jour, places qui seront situées à l'intérieur des unités psycho-gériatriques.

#### D) Construction autour de petites unités de vie

Un consensus est également né sur le fait de bâtir une structure s'articulant autour de petites unités de vie. Cette solution peut permettre de répartir les résidents par niveau de dépendance. Elle peut surtout répondre à l'exigence d'adaptabilité, rendue prégnante par le contexte incertain. S'il s'avère, par exemple, que la nature de la demande se modifie durablement et que les demandes d'entrées en unité psycho-gériatriques sont supérieures au nombre de places offertes alors les unités de vie de l'EHPAD « *traditionnel* » pourront se transformer en unités psycho-gériatriques. Cela répond, en outre, à une exigence posée par le Conseil général, financeur du projet.

Si l'ensemble du projet de reconstruction doit faire l'objet d'une réflexion s'axant sur une démarche qualité, la création de deux unités psycho-gériatriques en est un exemple probant.

### **2.3.3 L'exemple de la création de deux unités psycho-gériatriques**

Le comité de pilotage a décidé la création de deux unités psycho-gériatriques (UPG). Elles auront vocation à accueillir des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer déambulants. Il est d'ores et déjà défini qu'une personne ayant perdu son autonomie physique et devant rester au lit pourra être transférée hors de l'UPG. La définition architecturale de cette unité est à étudier très attentivement<sup>38</sup>.

Ce qui doit être interrogé en premier plan est l'équilibre entre deux valeurs fondamentales, à prime abord opposées : liberté et sécurité. En effet, si la liberté des personnes doit être recherchée, il revient également à l'établissement d'assurer leur sécurité.

---

<sup>38</sup> Ces préconisations se basent sur l'ouvrage de Brigitte CHALINE, *Unité d'accueil spécialisé Alzheimer. Manuel de conception architectural 2001*



Les UPG devront être situées au rez-de-chaussée du bâtiment afin de disposer d'un accès direct sur l'espace extérieur. Celui-ci devra donc être facilement accessible (les terrains en forte pente sont à proscrire) tout en permettant, dans le même temps, une surveillance aisée. Sa surface ne devra donc pas dépasser 200 m<sup>2</sup>. Cet espace est un outil thérapeutique à destination des résidents accueillis où des activités pourront être organisées. Le CHLM étant situé dans un milieu rural, l'activité de jardinage (avec un potager surélevé pour éviter que les résidents ne se baissent de trop) pourra être envisagée et proposée. Des repas en plein air pourront également être proposés. L'exposition doit aussi être privilégiée, d'autant plus que le terrain retenu pour la nouvelle construction offre un panorama magnifique sur l'Obiou, fierté locale, en exposition Sud.

Pour les locaux intérieurs, il importe avant tout de se départir du modèle architectural hospitalier pour se tourner vers un modèle domestique. Le lieu de vie est à privilégier. Il doit être central, ouvert directement sur l'espace extérieur, accueillant et chaleureux pour encourager les résidents à y venir et à échanger en ce lieu. Il est d'autant plus important que, dans le projet proposé, les places d'accueil de jour seront localisées dans les UPG. La décoration devra être adaptée aux résidents et correspondre à leurs goûts (vieux meubles, cheminées par exemple). La surface généralement retenue pour une unité de 10 à 15 personnes est de 60 à 90 m<sup>2</sup>. Des sanitaires devront être aisément accessibles depuis ce lieu. Une cuisine thérapeutique pourrait également être envisagée afin de proposer une animation autour de ce thème.

La localisation du local de soins pourra être située à côté de ce lieu de vie, dans l'UPG. Le local pourra être vitré afin de permettre une surveillance aisée. Sa surface pourra être de 12 à 16 m<sup>2</sup>.

Les chambres devront être à un lit, comme le prévoit l'arrêté du 26 avril 1999, et d'une surface minimum de 20 m<sup>2</sup>. Leur localisation par rapport au lieu de vie est à étudier. Elles ne doivent en aucun cas être disposées autour d'un long couloir, cette configuration favorisant la désorientation. Tout au contraire, et dans un objectif de bien-être, elles devront être soit disposées autour de l'unité de vie, soit, comme cela est le cas dans l'EHPAD de Noyarey<sup>39</sup>, autour d'un patio et formant un cercle accolé à l'unité de vie. Il reviendra à l'architecte sélectionné de proposer une solution adaptée. De plus, au-delà d'être un simple lieu de repos et de soins, les chambres doivent constituer un lien avec le passé. Les résidents devront pouvoir avoir la possibilité d'apporter des éléments mobiliers personnels de petite taille.

---

<sup>39</sup> EHPAD situé dans l'agglomération grenobloise. Une visite de l'établissement a été organisée en janvier 2008.

Les couleurs choisies et la signalétique devront faire l'objet d'une attention particulière. En effet, il a été démontré que cela avait un impact important sur la désorientation de la personne et sur son comportement. Ainsi, des couleurs trop vives peuvent rendre agressives les résidents. À l'inverse, l'utilisation de couleurs pastel combinées à des couleurs sombres peut permettre de montrer au résident les endroits où il peut se rendre et les endroits où il ne doit pas aller. Les portes des locaux de soins peuvent être peintes en noir afin d'être un repoussoir pour les résidents et éviter qu'ils ne les franchissent. La diversification des lieux et des ambiances favorise le repérage temporo-spatial des résidents désorientés.

En conclusion, la construction de l'EHPAD au CHLM doit s'inscrire dans une véritable démarche qualité. L'imbrication étroite entre projet de vie et projet architectural doit toujours se faire en vue d'atteindre l'objectif de bientraitance des résidents. La question de la qualité interroge de manière sous-jacente une autre thématique : le changement. L'objectif clairement affiché au CHLM, au travers de la reconstruction de l'EHPAD, d'amélioration de la qualité de vie des résidents ne peut être atteint qu'en admettant la nécessité de la conduite du changement.



### **3 Le projet de reconstruction : une démarche s'inscrivant dans un processus de changement**

Il apparaît en premier lieu que le changement ne peut être réussi que s'il est partagé et décidé en interdisciplinarité (3.1). Cela implique la mise en œuvre d'une véritable démarche participative (3.2) et une implication forte du directeur de l'établissement (3.3).

#### **3.1 Un changement partagé et décidé en interdisciplinarité**

Les deux démarches de projet de vie et projet architectural ne peuvent être conduites sans faire appel à l'équipe travaillant au sein du Pôle Gériatrie. Acteur majeur dans une structure (3.1.1), l'équipe peut ne pas adhérer au changement proposé (3.1.2). Il s'agit donc de rechercher son adhésion, voire même, au-delà, pour le CHLM, de la remotiver et de la remobiliser (3.1.3).

##### **3.1.1 Le rôle de l'équipe dans une structure : un acteur majeur**

Le rôle de l'équipe intervenant en EHPAD est primordial pour le bien-être de la personne âgée, elle « se trouve être « animatrice » de l'âge dans les établissements »<sup>40</sup>. On peut distinguer deux types d'équipe : une équipe restreinte et une équipe élargie. Elles ont toutes deux pour particularité d'être interdisciplinaires.

L'équipe restreinte est constituée de l'Agent de Service Hospitalier (ASH), de l'aide-soignante (AS), de l'infirmière, du cadre de santé ou encore du médecin coordonnateur. Chacun dispose de compétences propres et doit avoir un rôle clairement défini au sein de l'équipe. Au CHLM, la maison de retraite ainsi que les deux unités d'USLD disposent d'une cadre de santé dédiée. Ce sont elles qui animent l'équipe, notamment par le biais de réunions de transmission organisées sur un rythme hebdomadaire. Les médecins coordonnateurs des deux entités sont présents à ces réunions et elles sont l'occasion pour l'équipe de communiquer sur ses difficultés et de débattre sur l'état de santé des résidents.

---

<sup>40</sup> CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., MONTAGUT JP./préf., HEBERT R./intro. *Mission et management des équipes en établissement pour personnes âgées. De la relation humaine aux motivations*, p. 46

L'équipe élargie est composée de l'équipe restreinte à laquelle s'adjoignent d'autres intervenants : l'équipe de rééducation-réadaptation, l'animatrice, le personnel de restauration, le personnel administratif, le service technique... L'équipe de rééducation-réadaptation est composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'un moniteur d'activité physique adaptée. Cette dernière compétence est récente dans l'établissement et apporte une réponse adaptée aux besoins spécifiques de la personne âgée. Une seule animatrice est présente sur les deux structures, mais une association de bénévoles intervient régulièrement, notamment en maison de retraite. Cette collaboration fait l'objet d'une convention avec le CHLM. L'équipe administrative missionnée sur le Pôle Gériatrie, outre la directrice déléguée et la cadre administrative du Pôle Gériatrie au profil financier, est composée de deux personnes en charge de la procédure d'admission et de la facturation. L'une d'elle est en plus gérante de tutelle. La cadre supérieure de santé du CHLM a pour mission de superviser les cadres de santé du Pôle et s'occupe également du recrutement du personnel. Cette transversalité se retrouve également pour le reste du personnel administratif, le personnel de restauration et le service technique qui interviennent dans l'ensemble de l'établissement.

La mission principale de l'équipe est de répondre aux attentes du résident, objectif commun au projet de vie. Le terme de « *mission* » d'origine latine, *mittere*, et signifiant « *envoyer* », sous-entend qu'une relation de confiance doit être établie entre le directeur, responsable juridique de l'établissement, et son équipe. Il revient en effet à cette dernière de traduire en actes la mission confiée par le directeur. Cependant, pour que cette relation de confiance puisse se tisser, un préalable doit exister : le projet institutionnel. L'importance de la formalisation du projet de vie apparaît donc à ce stade, car sans ligne directrice clairement tracée, l'équipe peut s'installer dans un « *non-travail* » ou un « *faux-travail* ». Il est donc nécessaire, par le biais du projet de vie, de reconnaître le rôle de l'équipe et de travailler avec elle à l'atteinte d'objectifs partagés.

L'insatisfaction du personnel du Pôle Gériatrie du CHLM, mise en lumière par l'enquête de satisfaction menée, et par ailleurs plus marquée parmi le personnel de l'USLD que celui de la maison de retraite, est une variable clé à prendre en compte dans le processus de conduite de changement. Elle pourrait en effet constituer un frein au changement.

### 3.1.2 Le risque de non adhésion au changement : frein et résistance au changement de l'équipe

Selon Michel CROZIER, « *le changement ne se décrète pas* »<sup>41</sup>. Il juge d'ailleurs que toute organisation a tendance à se chroniciser, à privilégier la logique institutionnelle et à se détourner de ses fins. Il estime que toute organisation tend à la bureaucratie, la définissant comme « *trop rigide pour se corriger en fonction de ses erreurs et [...] pour s'adapter sans crise [...] aux transformations que l'accélération de l'évolution sociale rend de plus en plus impératives* »<sup>42</sup>.

Ainsi, si l'équipe est souvent l'atout principal d'un établissement, elle peut dans le même temps constituer un obstacle majeur au changement proposé. Cela pourrait être le cas au CHLM. Aussi, si l'un des points forts de l'établissement cités le plus fréquemment par les résidents et les familles, dans l'enquête de satisfaction, est l'amabilité et le professionnalisme du personnel, plusieurs freins au changement inhérents à l'équipe peuvent être entrevus.

Tout d'abord, le premier point à soulever est l'absence de projet commun. La promesse ancienne et non tenue aux équipes du CHLM, et en particulier de la maison de retraite, de procéder à la reconstruction du bâtiment les a conduit à un certain scepticisme. De plus, les équipes de l'USLD et de la maison de retraite n'ayant pas l'habitude d'échanger entre elles, il sera d'autant plus difficile de les amener à partager des valeurs communes de travail.

Le deuxième frein a trait aux conflits internes. L'enquête de satisfaction a révélé que l'ambiance de travail n'était pas bonne dans une des unités d'USLD du fait notamment d'une communication médiocre au sein de l'équipe. Cela risque, par conséquent, de freiner la réalisation d'un projet de vie partagé. S'ajoute d'autre part la question des « *faisant fonction* » qui peut engendrer un conflit sur la confusion des rôles.

C'est là aussi que se situe le troisième frein. La question des « *faisant fonction* », et en particulier des ASH faisant fonction d'AS, pose aussi le problème de la non reconnaissance de leur travail. C'est une thématique très présente au CHLM et surtout chez les ASH de la maison de retraite qui n'assistent pas aux réunions de transmission. Comme l'enquête l'a mis en lumière, il s'en suit un sentiment de non reconnaissance et de non valorisation du travail effectué.

---

<sup>41</sup> DUCALET, LAFORCADE, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, p.73

<sup>42</sup> Ibid., p.73

Le quatrième frein interroge la question du temps. L'absentéisme auquel se cumule la vacance de certains postes infirmiers conduit souvent l'équipe à se focaliser sur les tâches les plus rationnelles du métier (soins, hygiène, repas). De même le manque de temps, appréhendé ici comme une « *valeur refuge* », peut être avancé par l'équipe pour expliquer son refus d'analyser et d'améliorer ses pratiques.

Enfin, un dernier point important constaté au CHLM est l'approche de la dépendance par une certaine partie de l'équipe de la maison de retraite. L'avis plus mitigé émis par cette dernière concernant la fusion de la maison de retraite et d'une partie de l'USLD peut s'expliquer par la peur de travailler au contact de personnes âgées plus dépendantes. Une certaine partie de l'équipe semble penser que le travail réalisé en maison de retraite est diamétralement opposé au travail effectué en USLD, et ce en refusant d'admettre que, même si le niveau de dépendance diffère, elle s'adresse à un même public.

En conclusion, un panel d'outils devra être mobilisé, par le comité de pilotage en particulier, afin que le changement soit compris, accepté et assumé par tous les acteurs du CHLM. Ces outils devront aussi permettre d'atteindre un des objectifs clairement annoncés par la directrice déléguée du CHLM : remotiver et remobiliser les équipes.

### **3.1.3 L'objectif recherché au CHLM : remobilisation, remotivation des acteurs**

« *Un établissement sans stratégie est un établissement sans âme, triste à mourir, où le personnel s'épie, où des clans règnent, où des suspicions existent, générant de l'agressivité, du découragement, de la maltraitance, du laisser-aller et des pertes de temps* »<sup>43</sup>. Il est donc apparu primordial, pour la directrice déléguée, d'énoncer clairement sa stratégie pour le projet de reconstruction afin que celles-ci se fédèrent autour de ce dernier. La première étape, comme dans toute démarche qualité, a donc été le travail de communication autour du projet et de ses lignes directrices. La présentation de l'enquête de satisfaction aux équipes et dans un second temps de leurs résultats, lors des réunions de transmission, a été l'occasion de leur transmettre les éléments d'information sur l'avancement du projet architectural.

La seconde étape sera constituée de l'ensemble des éléments qui pourront influencer sur la motivation des agents. En effet, « *la motivation, c'est l'ensemble des motifs*

---

<sup>43</sup> AGAËSSE M., *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*, p. 377

*conscients ou inconscients qui permettent à l'individu d'agir* »<sup>44</sup>. Les facteurs de motivation sont de plusieurs ordres. Les premiers, traditionnels, sont d'ordre économique et professionnel, les seconds sont d'ordre psychologique ou social.

L'argument économique, valorisation par la rémunération, est difficilement mobilisable dans la fonction publique. L'argument professionnel est plus understandable, surtout au CHLM où de nombreux contractuels, présents dans la structure depuis longtemps, souhaiteraient être titularisés.

Mais la motivation peut être moins « *rationnelle* » et être d'ordre psychologique ou social. Les agents ont en effet besoin de reconnaissance, d'écoute, de respect, de perspectives d'avenir et surtout de donner un sens à leur mission. Les résultats des enquêtes de satisfaction ont démontré que le personnel du Pôle Gériatrie dans l'ensemble ne se sentait pas valorisé dans le travail.

En résumé, il s'agit de développer une véritable culture d'appartenance à une institution. Face à ce constat, la directrice déléguée du CHLM a saisi l'opportunité du projet de reconstruction pour fédérer le personnel et le remotiver. Entrevu comme une démarche qualité à part entière, le projet de reconstruction via le projet de vie doit permettre à chaque acteur de retrouver sa propre satisfaction au travail.

L'élément central de la motivation au CHLM semble se focaliser sur la notion de « *considération* ». D'ailleurs, à 98 %, le personnel s'est montré favorable à un travail approfondi sur l'organisation du travail. Le projet de vie fournit cette occasion d'entendre ce que le personnel a à dire sur son travail, ses points forts, ses faiblesses, ses évolutions possibles. C'est l'opportunité pour l'établissement de restituer une appréciation en retour sur l'ensemble du travail effectué et de montrer la manière dont il est évalué et valorisé. Sa rédaction doit permettre d'impliquer le personnel dans le projet de reconstruction mais également, au-delà, de le remobiliser sur l'importance donnée au travail quotidien. Redonner de la valeur au rôle de chaque acteur au sein de l'accompagnement de la personne âgée, démontrer la force de l'interdisciplinarité dans cet accompagnement, reconnaître les efforts fournis, peut donner du sens au travail de chacun et accroître la responsabilisation de tous.

À l'heure actuelle, il semblerait que le personnel des unités d'USLD ne soit pas satisfait de l'accueil offert voire même, au-delà, de leur établissement en général. Les enquêtes de satisfaction ont mis en lumière ce décalage de perception de la qualité des prestations offertes entre les résidents et familles, d'une part, et le personnel, d'autre part. L'analyse ne peut donc en conclure que les prestations offertes sont de qualité médiocre. Il semblerait au contraire que le sentiment d'insatisfaction démontré par le personnel

---

<sup>44</sup> Ibid, p. 383



s'apparente plus à un sentiment d'épuisement professionnel. Or, la fierté d'appartenance à une institution est un facteur non négligeable de motivation. Le CHLM, par le biais du comité de pilotage, doit saisir l'occasion de rédaction du projet de vie pour modifier ce sentiment. « *« Quand les Français vont mal, parlez-leur de la France » disait le général de Gaulle. Quand un établissement va mal, parlez-lui de ses rêves, du sens de sa mission, de ses projets... »*<sup>45</sup>.

Au final, la directrice déléguée a présenté les démarches de projets de vie et de reconstruction comme une véritable chance qui était donnée au personnel voulant bien s'en saisir. Pour que ce changement soit réussi et que les équipes retrouvent un sens à leur travail, il apparaît incontournable de les associer et de les impliquer dans la rédaction du projet de vie et du projet architectural.

### **3.2 Une démarche participative, instrument privilégié pour l'adhésion au changement**

Après avoir exposé les différentes modalités de management du changement (3.2.1), on démontrera comment la réalisation du projet de vie peut s'inspirer du management participatif (3.2.2), avec l'exemple du groupe de travail lié au programmiste (3.2.3).

#### **3.2.1 Atouts et contraintes des différentes modalités de management du changement**

Si le changement est un objectif affiché par la direction du CHLM, trois modalités s'offrent à elle pour le manager : elle peut soit l'imposer, soit le négocier, soit le rendre participatif<sup>46</sup>.

La première modalité, laquelle semble irréaliste dans la plupart des organisations, nécessite que la directrice déléguée ait en mains propres tout le pouvoir. Dans cette hypothèse, les collaborateurs ne peuvent refuser le changement imposé. Les avantages inhérents à ce processus sont la rapidité, le faible coût et la fiabilité. Mais les risques sont relativement forts, notamment la possibilité de rébellion de la part du personnel. Cette

---

<sup>45</sup> Op. cit., DUCALET P., LAFORCADE M., p.191

<sup>46</sup> MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*, p. 90-92

hypothèse est à réfuter dans le cas du CHLM, la directrice ne détenant pas l'ensemble du pouvoir et les résistances au changement risquant d'être fortes. D'autre part, l'objectif porté de remotivation du personnel ne serait en aucun cas atteint.

La deuxième modalité suppose que les pouvoirs soient répartis entre le directeur et les collaborateurs, le premier disposant du pouvoir hiérarchique et les seconds d'autres pouvoirs propres : information, compétences spécifiques, relations. Les avantages présentés sont la reconnaissance, le réalisme, la responsabilité et l'équilibre des forces. Les délais relativement longs, l'instabilité engendrée par le risque de perte de pouvoir sont des inconvénients forts.

C'est pourquoi, le recours à un management participatif a été privilégié au CHLM. Le personnel dispose d'un pouvoir équivalent à celui de la directrice déléguée pour conduire le changement. Plusieurs pré-requis doivent être acceptés afin que la conduite du changement soit une réussite. Il est d'abord nécessaire de faire confiance à ses collaborateurs. Les conflits doivent, dans la mesure du possible, être évités par la mise en place de discussions constructives et par la recherche de compromis acceptables. Enfin, la directrice déléguée doit réussir à motiver le personnel. Les avantages présentés par ce type de management sont nombreux : participation de l'ensemble des acteurs au changement, prise d'initiatives du personnel au même titre que la directrice, adhésion des acteurs au changement, amélioration de la communication au sein de l'équipe, réflexion sur les pratiques professionnelles. Au vu de l'état des lieux effectué par le biais de l'enquête de satisfaction, il apparaît que le management participatif est une modalité de management adaptée à la situation locale du CHLM. Cependant, certains risques inhérents à ce choix peuvent voir le jour et doivent être évités : oubli des objectifs initiaux et durée allongée de la démarche.

La rédaction du projet de vie au CHLM devra donc tenter d'éviter ces écueils tout en tirant profit des avantages envisagés.

### 3.2.2 Réalisation du projet de vie au CHLM

La réalisation du projet de vie peut suivre les étapes suivantes<sup>47</sup> :

<i>Phases</i>	<i>Champs de références</i>	<i>Acteurs</i>
Projet intentionnel	Champ réflexif	Conseil d'administration
Choix des macroprojets	Champ théorique	Direction et/ou cadres
Choix des microprojets	Champ de l'action	Direction et employés (équipe)
Projet de vie	Champ rédactionnel	Direction et employés (équipe)
Projet pragmatique	Champ d'application	Equipe
Projet évalué	Tous champs	Direction

La réflexion du groupe de travail « *Pôle Gériatrie* » autour du projet d'établissement au CHLM s'identifie à la phase du projet intentionnel. Il s'agissait alors d'initier le projet. La validation de ce dernier par le Conseil d'administration a permis d'avaliser les grandes lignes.

Ensuite, le groupe de travail s'est transformé en comité de pilotage pour le suivi du projet architectural et la rédaction du projet de vie. Des micro-projets, c'est-à-dire des grandes valeurs, ont été dégagés, en premier lieu, par le comité de pilotage. Le personnel a également été interrogé par le biais des enquêtes de satisfaction. Il est apparu que l'ensemble des valeurs proposées dans l'enquête était considéré comme des valeurs prioritaires à faire apparaître dans le projet de vie. La valeur fondamentale retenue, autour de laquelle devaient s'articuler les autres valeurs, est la bienveillance.

À la fin de mon stage, l'avancement du projet en était arrivé à ce stade. La durée assez longue réservée à ces deux étapes ne doit pas être attribuée à des difficultés particulières rencontrées par les acteurs mais bien au contraire à l'importance donnée à ce projet. Beaucoup d'attentes sont cristallisées autour du projet de vie. De plus, ce n'est

---

<sup>47</sup> VERCAUTEREN, *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, p. 62

pas un simple projet de vie qui doit être réalisé au CHLM. L'originalité de la démarche tient à ce que les acteurs doivent réfléchir à une conception de la vie dans des bâtiments qui n'existent pas encore. Ils doivent donc lier dans leur réflexion, valeurs et considération architecturale.

La phase des microprojets n'a pas encore été abordée au CHLM. Les microprojets doivent associer la pratique du quotidien à la réflexion déclenchée par le microprojet. À partir du projet intentionnel et du microprojet, des thématiques doivent être dégagées. Elles ont trait à la vie quotidienne des résidents. Parmi les thématiques les plus couramment abordées dans le projet de vie on retrouve : l'accueil, l'animation, la restauration, l'accompagnement de fin de vie, les soins, l'organisation du travail. C'est au personnel et à la direction du CHLM qu'il reviendra de travailler en commun sur les microprojets. L'enquête de satisfaction a permis d'établir un état des lieux pour tous ces thèmes. Il sera donc intéressant de partir de l'existant pour atteindre l'idéal visé. Ainsi, il était proposé dans les enquêtes la mise en place d'une personne référente pour la personne âgée rentrant en institution. Cela pourra faire l'objet d'une discussion autour de la thématique « *accueil* ».

Le projet de vie est le rassemblement de tous les microprojets. La rédaction de ce dernier devra permettre d'établir des liens entre toutes les thématiques abordées. Au CHLM, la spécificité de la démarche impose que la rédaction du projet de vie intervienne avant la rédaction du programme technique détaillé. Il doit en effet s'établir comme le « *cahier des charges* » de ce dernier.

Il reviendra ensuite à l'équipe du nouvel EHPAD de le mettre en action dès l'ouverture du nouveau bâtiment devant intervenir a priori dans cinq ans maximum.

Enfin, comme dans toute démarche qualité, une évaluation de l'action devra être réalisée et la direction aura en charge, en association avec le comité de pilotage<sup>48</sup>, la construction d'outils d'évaluation appropriés. Un tableau de bord associant des indicateurs qualitatifs et quantitatifs pourra être élaboré pour vérifier l'atteinte des objectifs fixés. Il pourrait être intéressant en second lieu de recourir de nouveau à la méthode des enquêtes de satisfaction pour mesurer l'impact du projet de vie sur la satisfaction des résidents, familles et personnel.

---

<sup>48</sup> Dans son ouvrage, VERCAUTEREEN propose que cette phase incombe à la direction. Il me paraît intéressant d'associer le comité de pilotage. Cela concorde avec l'optique de la nouvelle gouvernance.

Une des étapes majeures pour la réalisation du projet de vie est constituée par la réflexion autour des microprojets. Un groupe de travail lié au programmiste sera constitué.

### **3.2.3 Le groupe de travail lié au programmiste**

Une équipe de programmistes est en cours de sélection par le CHLM. Il leur a été demandé de prévoir dans leur offre un accompagnement à la réalisation du projet de vie. Pour cela, l'équipe présentée pour intervenir doit obligatoirement disposer d'une compétence spécifique en gérontologie. La mission de l'équipe de programmistes doit normalement durer trois à quatre mois<sup>49</sup>. Pour réaliser le projet de vie, la méthodologie adoptée, après validation avec le comité de pilotage, pourra être comme suit.

Des groupes de travail pourront être identifiés et leur composition devra être interdisciplinaire et refléter l'équipe intervenant auprès du résident. Des compétences particulières pourront être mobilisées lors de chaque thème. Pour privilégier l'exigence d'efficacité, le comité de pilotage a décidé de ne pas mobiliser l'ensemble du personnel. La personne intervenant dans un groupe de travail comme représentant d'une profession devra néanmoins se faire le relai de l'ensemble de ses collègues. Comme dans tout rôle de représentation d'un groupe, il ne s'agit pas de faire entendre son opinion personnelle mais de transmettre l'avis du groupe. Il me semble que la procédure de sélection la plus opportune des membres des groupes de travail doit être l'appel à candidature. Cet appel à candidature pourra être diffusé par les cadres de santé et affiché dans les salles de réunion. Il sera ensuite transmis au comité de pilotage. La taille des groupes ne doit pas dépasser un certain seuil, seuil au-dessus duquel la réflexion risque de perdre en efficacité. Il semble que la taille optimale du groupe est de 6 à 10 personnes dont la composition variera en fonction des thèmes abordés. Par exemple, en ce qui concerne l'accueil, il apparaît opportun qu'au moins une personne représentante de l'administration (bureau des admissions) soit présente ainsi que le médecin responsable de pôle, la cadre de santé de pôle, une infirmière, une aide-soignante et un ASH. Cette composition sera différente pour les autres thèmes. On peut également s'interroger sur la représentation des familles pour certains thèmes (l'accueil par exemple) ou les bénévoles (pour l'animation en particulier). Le projet de vie, s'il s'intègre dans un objectif qualité, doit pouvoir répondre également à un objectif d'ouverture sur l'extérieur.

Au final, les groupes de travail devront toujours être composés de la même base, identique à l'équipe restreinte, et complétés par des spécialistes de la thématique.

---

<sup>49</sup> La mission de programmation devrait débuter en septembre 2008.

La question qui se pose est de savoir si les compétences qui doivent être représentées dans l'ensemble des groupes, doivent l'être par les mêmes personnes tout au long de la démarche. Cette solution présente l'avantage de la cohérence et du lien entre les différents microprojets. Cependant, cette personne sort de l'équipe régulièrement pendant un temps relativement long. L'équipe fonctionnant à flux tendu, cela peut rendre difficile l'organisation des plannings par les cadres de santé. Enfin, cela restreint encore le nombre de personnes participant directement à la réflexion autour du projet de vie et risque de limiter le nombre de candidatures. Il me semble donc plus opportun de mobiliser des personnes différentes en fonction des micro-projets. Il reviendra cependant au comité de pilotage, accompagné par le programmiste, de trancher cette question.

En terme organisationnel, des réunions de deux heures maximum devront être programmées avec un ordre du jour transmis à l'avance aux participants afin qu'ils puissent, si possible, initier une réflexion préalable auprès de l'équipe. Des comptes-rendus devront être élaborés afin que l'objectif de transparence de la démarche puisse être respecté. Le comité de pilotage conservera un rôle important de supervision et de rappel des objectifs initiaux énoncés dans le projet intentionnel et dans le macroprojet.

L'équipe doit donc s'impliquer activement dans la réalisation du projet de vie. Acteur incontournable d'un établissement, le processus de changement ne pourra réussir sans son concours. Cependant, le rôle du directeur est également non négligeable dans la conduite du changement.

### **3.3 Implication du directeur, condition sine qua non de réussite**

Le directeur est un acteur majeur dans un établissement sanitaire, social ou médico-social (3.3.1) et notamment pour la conduite d'un projet de reconstruction (3.3.2). Il m'est cependant apparu que l'aspect le plus important du rôle du directeur était de redonner une dimension médico-sociale au projet (3.3.3).

#### **3.3.1 Définition du rôle de directeur**

Depuis la signature de la convention de direction commune en 2002, le CHLM est dirigé par deux directeurs d'hôpitaux : le directeur général du CHU de Grenoble, Monsieur Jean DEBEAUPUIS et une directrice déléguée, Madame Elodie ANCILLON. Le directeur

général du CHU fixe, en collaboration avec la directrice déléguée, les grandes orientations stratégiques du CHLM et veille à ce que les deux EPS établissent des coopérations dans des domaines d'activité variés (médicaux, administratifs, logistiques, techniques...). La directrice déléguée, quant à elle, gère le quotidien de la structure et la conduite opérationnelle de l'ensemble des projets. Grâce à la convention de direction commune, elle peut également bénéficier de l'expertise des directeurs du CHU de Grenoble. C'est à ce titre que le directeur du Pôle Patrimoine et Sécurité, Monsieur Jacques PASCAL, a apporté son expertise technique concernant le projet architectural.

En résumé, cette convention de direction commune permet au CHLM, tout en gardant son autonomie juridique et financière, de rompre son isolement et de bénéficier de la mutualisation de certains moyens. La question est d'ailleurs posée, dans le nouveau projet d'établissement du CHLM, d'aller plus en amont dans cette voie en créant un groupement de coopération sanitaire (GCS). Celui-ci pourrait permettre de mutualiser les compétences médicales, notamment dans les domaines de la radiologie, la médecine d'urgence, l'HAD, la pharmacie et la biologie. Dans les secteurs administratifs, logistiques et systèmes d'information, la mutualisation pourrait permettre de répondre aux problématiques actuelles, notamment en cherchant à réaliser des économies d'échelles, à gagner en productivité administrative et en facilitant les mises à disposition de personnel.

La directrice déléguée a une double fonction : elle doit en effet gérer un secteur à vocation sanitaire et un secteur à vocation médico-sociale. L'arrêté du 26 avril 1999 donne une définition de la fonction de direction d'un EHPAD : « *chargé de la direction et de la gestion de l'établissement, [le directeur] doit être un véritable animateur impulsant un projet institutionnel dynamique, au profit des résidents, mis en œuvre par l'ensemble des personnels* ».

La directrice déléguée a donc des missions très larges sur son établissement. Elle doit en effet être « *multi-compétente* » : accueil et bien-être des usagers de l'établissement (patients et résidents), gestion budgétaire, organisation, administration, gestion des ressources humaines et animation d'une équipe pluridisciplinaire, mise en œuvre des règles de sécurité et d'hygiène, entretien et maintenance des bâtiments, relation avec les partenaires extérieurs. Il en résulte que pour assurer l'ensemble de ses missions, elle doit savoir déléguer à son équipe de direction. Cela implique donc qu'elle ait une relation de confiance avec ses collaborateurs et que ceux-ci, en retour, soient responsabilisés.

La directrice déléguée doit cependant être très présente et impliquée au quotidien, notamment pour impulser le changement au sein de sa structure et manager les grands projets.

### **3.3.2 Dimension stratégique du rôle du directeur : conduire le projet de vie et le projet architectural du CHLM**

Le changement au sein d'un établissement ne peut résulter que d'une volonté managériale. C'est en ce sens que le directeur doit être entrevu comme le « *philosophe* » de la structure. Au CHLM, le projet architectural a mûri en fonction de l'influence des directeurs qui se sont succédés à la tête de l'établissement. La directrice déléguée actuelle a souhaité lui conférer cette dimension d'amélioration de la qualité de la prise en charge, dimension qui n'était peut-être pas autant présente dans les projets précédents. C'est en cela que l'on peut affirmer que, même si le rôle de l'équipe est non négligeable, le directeur dispose d'une responsabilité importante dans la philosophie qu'il souhaite conférer au projet.

D'autre part, le directeur peut être entrevu comme un « *homme d'action* » qui doit savoir prendre des décisions et procéder à des arbitrages. Ainsi, au niveau de l'étape de programmation du projet architectural, il reviendra à la directrice déléguée de prendre des décisions. C'est un positionnement difficile qu'il lui faudra adopter puisqu'il s'agit, tout en démontrant de la confiance dans l'avis du groupe de travail lié au programmiste, de trancher en ayant comme objectif final le bien-être du résident. La question du choix des surfaces architecturales peut être un exemple représentatif à ce stade. En effet, dans un contexte budgétaire très tendu, avec des coûts à la construction exponentiels, cette interrogation devient de plus en plus centrale. Il est posé deux objectifs contradictoires au directeur : respecter un budget global proposant un impact limité sur le prix de journée du résident et veiller à bâtir un projet architectural promouvant le bien-être physique et mental du résident.

D'autres questionnements pourront se faire jour. Ainsi, la chaufferie et la restauration centrale du CHLM sont situées dans le bâtiment actuel de la maison de retraite. Le bâtiment étant amené à sortir du patrimoine immobilier du CHLM, l'avenir de ces deux prestations doit d'ores et déjà être envisagé. Il reviendra au directeur, après l'expertise fournie par le programmiste, de prendre, là encore, une décision. La question de la chaufferie cristallise beaucoup de tensions au CHLM. Actuellement, le chauffage est coupé vers le mois de juin dans tout l'établissement. Le coût d'une remise en service pour faire face à un refroidissement climatique temporaire est très élevé. Or, les résidents et



les familles ont déjà exprimé à de nombreuses reprises leur mécontentement sur ce point. La réflexion autour de ce thème pourra peut-être conduire à des améliorations de cette prestation. La question de la restauration touche à une autre problématique : l'externalisation. Une étude technico-économique a donc été demandée au programmiste pour procéder à une analyse de cette prestation et formuler des hypothèses pour le projet.

Ces arbitrages qui se posent au directeur peuvent déclencher un conflit avec le personnel et de la même manière entraîner une désimplication de ce même personnel sur le projet. L'aspect communicationnel joue ici un rôle crucial. En effet, chaque décision prise par la direction doit être explicitée pour viser un souci de transparence. Le travail de communication autour du projet qui a déjà été entrepris auprès des équipes doit être poursuivi dans la phase de programmation. Un lien fort devra être établi avec le groupe de travail lié au programmiste. Il revient à la direction de chercher à ce que chaque membre du personnel du Pôle Gériatrie puisse s'appropriier le projet. Dans cette optique, il est envisageable d'inscrire dans le cahier des charges de l'appel d'offres pour le recrutement du concepteur-réalisateur la réalisation d'une maquette présentant le futur bâtiment. Celle-ci permettrait une matérialisation visuelle du projet et pourrait être visible de l'ensemble du personnel.

Si le directeur doit se poser en homme d'action et savoir prendre des décisions, il doit également être un homme d'éthique, défendant des valeurs. C'est en cela qu'il me paraît important de redonner une dimension médico-sociale au projet de vie et au projet architectural.

### **3.3.3 Promouvoir la culture médico-sociale au CHLM**

Un des enjeux qui m'est apparu fondamental tout au long de mon stage était de rechercher à promouvoir la culture médico-sociale au sein de l'EPS qu'est le CHLM. Le projet de vie m'est apparu comme l'un des meilleurs outils à disposition du manager pour atteindre cet objectif.

Le CHLM, de par son statut et son histoire, est très fortement ancré dans la culture sanitaire. La fermeture du service de chirurgie puis de la maternité ont été deux événements très marquants de son histoire. Cela explique sans doute la volonté de préserver les autres services à vocation sanitaire et notamment les services des urgences

et de médecine. Le discours des acteurs fait apparaître que l'identité même de l'établissement est liée à cette activité de court séjour.

D'autre part, l'USLD a toujours été traditionnellement située dans le champ sanitaire. Ce n'est que depuis la signature de la convention tripartite en 2004 qu'elle a « basculé » dans le champ médico-social. Cela a demandé, de la part des acteurs, une adaptation à ce nouveau domaine réglementaire où de nouvelles normes leur ont été imposées.

Au final, la mixité des cultures présentes au CHLM est une problématique de premier ordre. Il apparaît, si l'on s'attache à un raisonnement en termes de « filière », que cela peut être d'une grande richesse pour l'établissement et ses usagers. En effet, la diversité d'activités est un atout, surtout dans une commune relativement isolée du pôle de soins le plus proche. Il n'en reste pas moins que cette première affirmation ne peut être réalisée si la culture dominante ne laisse pas de place à l'émergence d'une autre culture.

Or, aujourd'hui, dans un contexte de redéfinition de la carte de l'offre sanitaire, l'activité gériatrique est amenée à se développer et à se renforcer. Les attentes des acteurs dans ce domaine ne sont plus les mêmes : un saut qualitatif a été effectué depuis la conception hospicielle. La dimension qualitative peut encore être améliorée, avec une conception de l'hébergement renforcée. C'est là, à mon sens, qu'intervient le projet de vie. Ce dernier permet au manager de dégager un consensus sur des valeurs qui sont généralement communément admises et de les mettre en pratique. Au CHLM, il semble que le projet architectural via le projet de vie soit l'opportunité de donner une véritable identité au Pôle Gériatrie. La culture médico-sociale promeut cette volonté de sortir de cette toute puissance du soin pour se tourner vers un accompagnement du résident personnalisé. Le choix de la direction d'associer à l'équipe de programmistes, un consultant en gérontologie et de travailler conjointement à l'élaboration du projet de vie va dans ce sens.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, le rattachement des deux EHPAD à une structure sanitaire, qui apparaît de prime abord, face à certains EHPAD autonomes notamment, contraignant doit être entrevu comme un atout. Une place doit être laissée à la culture médico-sociale pour qu'elle puisse émerger et compléter la culture sanitaire déjà présente. Cet élément, peut-être moins palpable que d'autres plus factuels, me paraît incontournable dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents au CHLM.

## Conclusion

Le projet de reconstruction du nouvel EHPAD, projet porteur d'une amélioration de la prise en charge des résidents, constitue une opportunité majeure pour le Pôle Gériatrie du CHLM de se positionner en tant que point fort de l'offre proposée au sein de l'établissement et, même plus, au niveau local. L'objectif de bien-être des résidents, fil conducteur du projet, doit guider les actions d'amélioration de la qualité et de changement. La reconstruction doit être l'occasion pour le Pôle Gériatrie, ainsi que pour tous les acteurs intervenant en son sein, via la rédaction du projet de vie, de se construire une identité propre tournée vers une vision médico-sociale.

Aussi, au cours de mon stage, de nombreuses actions ont d'ores et déjà été initiées et planifiées afin de permettre la réalisation effective de ce projet ambitieux mais non moins réaliste. Cette dynamique enclenchée doit perdurer :

- une équipe de programmistes devait être recrutée pour débiter sa mission dès septembre 2008. À la fin de son intervention, l'objectif fixé initialement par la directrice déléguée devra être atteint : remise d'un programme technique détaillé très complet traduisant en termes architecturaux les principes énoncés dans le projet de vie, rédigé en parallèle ;
- dès janvier 2009, un appel d'offres concernant un marché de travaux devrait être publié au BOAMP dans le but de recruter une équipe pour la conception-réalisation du nouvel EHPAD. Cette seconde phase devrait s'étaler sur une période d'au moins deux à trois ans et le nouvel EHPAD devrait ainsi voir le jour en 2011-2012.

Mais, bien au-delà, c'est au stade de l'emménagement que se jouera l'étape centrale dans les processus d'amélioration de la qualité et de changement : il constitue en effet le premier palier vers la mise en place pérenne des principes précédemment édictés dans le projet de vie. Un premier bilan à moyen terme devra être réalisé, à l'aide de tableaux de bord notamment, par le comité de pilotage qui pourra alors prendre la forme d'une commission de suivi et d'évaluation.

Le processus de changement étant perpétuel et la remise en question permanente, surtout dans un secteur en constante évolution, il ne se clôture pas avec l'emménagement dans le nouvel EHPAD mais doit se prolonger et se pérenniser. Il apparaît dans cette perspective que les nouveaux « murs » ne doivent pas constituer une fin au changement mais un moyen permettant de contribuer à la réalisation de ce dernier.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

AGAËSSE M., *Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées*. Guides, Paris : Dunod, 2004. 695 p.

AMYOT JJ., MOLLIER A., *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*. Association Réseau de consultants en gérontologie, Paris : Dunod, 2002. 242 p.

BRAMI G., *Le nouveau projet d'établissement des EHPAD*. Le point sur, Paris : Berger-Levrault, 2004. 284 p.

CHAPELEAU J., VERCAUTEREN R., *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite*. Pratiques du champ social, Toulouse : Erès, 1995. 168 p.

CHALINE B., *Unités d'accueil spécialisé Alzheimer. Manuel de conception architectural 2001*. Paris : Eisai, 2001. 147 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., MONTAGUT JP./préf., HEBERT R./intro. *Mission et management des équipes en établissement pour personnes âgées. De la relation humaine aux motivations*. Toulouse : Erès, 2004. 147 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées. La culture gérontologique des équipes multiprofessionnelles*. Toulouse : Erès, 2007. 141 p.

DELAMARRE C., *Démence et projet de vie : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Action sociale : vieillesse handicap, Paris : Dunod, 2007. 222 p.

DUCALET P., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*. Penser l'action sanitaire et sociale, Paris : Seli Arslan, 2004. 335 p.

EYNARD C., SALON D., *Architecture et gérontologie. Peut-on habiter une maison de retraite ?*. La gérontologie en actes, Paris : L'Harmattan, 2006. 217 p.

MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : Editions ENSP, 2001. 105 p.

LORIAUX M., PREDAZZI M., VERCAUTEREN R., *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Pratiques gérontologiques, Toulouse : Erès, 2001. 198 p.

LOUBAT JR., *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Action sociale, Paris : Dunod, 2006. 391 p.

## **Rapports**

Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008. 52 p.

Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard LARCHER, Rapport au Président de la République, avril 2008. 102 p.

Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier, *Conception-réalisation : guide pour le choix et la mise en œuvre*, juillet 2004, 32 p.

Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier, *Évaluation des premières opérations de conception-réalisation*, juillet 2007, 44 p.

## **Périodiques**

AGAESSE M., « Construction, extension rénovation d'une maison de retraite. Le point de vue d'un promoteur », *Gérontologie et société*, Décembre 2006, n°119, p. 93-105

COLBOC E., AURIAULT J., NICOL JF., HODDE R., MOLLER C., « Forum des professionnels de la gérontologie et du handicap. Architecture et rénovation des établissements », *Revue hospitalière de France*, Mars-avril 2003, n°491, pp. 58-61

COVIN V., « Dossier. De l'architecture au projet de vie », *Perspectives sanitaires et sociales*, Mars-avril 2007, n°191, pp. 8-30

DE HENNEZEL M., « Les personnes âgées sont des porte-bonheur ! », *Décideurs en gérontologie*, Avril-mai 2008, p.46

DERYCKE B., NACHIN MP., JUCKER L., BUREAU N., LEBARS F., LESCOP M., KHALFOUN A., « Comment concevoir une chambre adaptée à la personne âgée hospitalisée », *Gérontologie et société*, Décembre 2006, n°119, pp. 129-133

DESMAY D., « Une architecture pour personnes âgées dépendantes », *Techniques hospitalières*, Septembre 2000, n°649, pp. 61-64

JULLIAN E., « Vers une architecture « optimale » en EHPAD », *Techniques hospitalières*, Mai-Juin 2007, n°703, pp. 59-67

LAZAROVA R., « Accueillir les personnes âgées. Les solutions face à la dépendance », *Gazette des communes, départements, régions*, Octobre 2005, n°41, pp. 22-29

PICARD P., « Gériatrie et espaces architecturaux », *Revue de gériatrie*, Janvier 2000, tome 25, n°1, p.50

PONTON G., « Croisement obligé entre architecture et projet de vie », *Décideurs*, Octobre-novembre 2001, n°42, pp. 24-32

REINHARDT A., « Repenser la construction des maisons de retraite », *La Gazette santé-sociale*, Janvier 2005, n°4, p.44

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

## Mémoires

HUGUENARD S., 2007, *Accompagner le changement à l'occasion d'un projet de reconstruction, L'expérience de l'Hôpital local de Montfort L'Amaury*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes, 79 p.

LAPORTE A., 2004, *Projet soignant pour un projet de vie, d'un hôpital local qui vieillit, Maître d'ouvrage occasionnel, comment le directeur d'établissement conduit un projet de restructuration dans un hôpital local*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes, 95 p.

MASSON-GALLEAN A., 2001, *Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins, Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes, 81 p.

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 du Centre Hospitalier de Bergerac*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes, 84 p.

## Textes de loi

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

Code des marchés publics

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n°2006-975 du 1<sup>er</sup> août 2006 portant Code des Marchés Publics [en ligne]. Journal officiel, n°179 du 4 août 2006. [visité le 09.02.2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000264576&dateTexte=&fastPos=1&fastReqlid=428820641&oldAction=rechTexte>

PARLEMENT EUROPEEN ET CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE. Directive 2004/18/CE du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés de travaux, de fournitures et de services, Journal officiel de l'Union européenne,

du 30 avril 2004. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :  
[http://www.finances.gouv.fr/daj/marches\\_publics/ppn/ppn-francais/pdf/07\\_dir04-18.pdf](http://www.finances.gouv.fr/daj/marches_publics/ppn/ppn-francais/pdf/07_dir04-18.pdf)

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel, n° 2 du 3 janvier 2002. [visité le 22.11.2007], disponible sur internet :  
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FBA30CBFFC397D35A93CE859DF37339D.tpdjo10v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000005632030&dateTexte](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FBA30CBFFC397D35A93CE859DF37339D.tpdjo10v_1?cidTexte=LEGITEXT000005632030&dateTexte)

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996. [visité le 15.05.2008], disponible sur internet :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&fastPos=1&fastReql=1704042099&oldAction=rechTexte>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°85-074 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée [en ligne]. Journal officiel, du 13 juillet 1985. [visité le 09.02.2008], disponible sur internet :  
[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19850713&numTexte=&pageDebut=07914&pageFin=](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19850713&numTexte=&pageDebut=07914&pageFin=)



---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1 Enquête de satisfaction à l'intention des familles et résultats de l'enquête .....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe 2 Enquête de satisfaction à l'attention des résidents et résultats de l'enquête .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Annexe 3 Enquête de satisfaction à l'attention du personnel et résultats de l'enquête .....</b>	<b>XXI</b>

## Annexe 1 Enquête de satisfaction à l'intention des familles et résultats de l'enquête

Dans quelle structure du Centre Hospitalier de La Mure votre parent/protégé est-il accueilli ?

USLD  46,3 %    Maison de retraite  46,3 %    NR (non répondu) 7,5 %

### Votre âge

Moins de 60 ans  34,3 %

60-64 ans  20,9 %    65-69 ans  6 %    70-74 ans  4,5 %

75-79 ans  3 %    80-84 ans  13,4 %    85-89 ans  16,4 %

Plus de 90 ans  1,5 %

### Votre sexe

Féminin  64,2 %    Masculin  34,3 %    NR 1,5 %

### Votre situation de famille

Marié(e)  64,2 %    Célibataire  10,5 %    Veuf(ve)  17,9 %

Divorcé  6 %    NR 1,5 %

### Quel lien avez-vous avec votre parent/protégé ?

Conjoint  6 %    Père/Mère  50,7 %    Autre lien familial  35,8 %    Précisez :  
*Oncle, tante*

Représentant légal  3 %    Précisez :

Autre     Précisez :

NR 4,5 %

## La chambre

La chambre de votre parent/protégé est-elle une chambre simple ou double ?

Chambre simple  53,7 %    Chambre double  46,3 %

L'intimité de votre parent/protégé est-elle préservée ?

Oui  76,1 %    Non  22,4 %    NR 1,5 %

Pensez-vous qu'il a pu s'approprier pleinement sa chambre ?

Oui  65,7 %    Non  23,9 %    NR 10,5 %

Sinon, pourquoi ? *Peu de possibilité d'apport de meubles personnels, nombreux changements de chambre qui ont perturbé le parent.*

**Avez-vous à vous plaindre du ménage ?**

Jamais  67,2 % Parfois  23,9 % Souvent  6 % Tout le temps  1,5 % NR 1,5 %

**Apprécieriez-vous que votre parent/protégé dispose d'un cabinet de toilette dans sa chambre ?**

Oui  85,1 % Non  3 % NR 11,9 %

**Quelles sont les améliorations que vous aimeriez apporter pour les chambres du nouveau bâtiment ?** *Des placards plus accessibles, un cabinet de toilette avec douche, un balcon sécurisé, une ligne téléphonique privée, une chambre plus chaleureuse, volets électriques.*

**Les soins**

**Les soins apportés à votre parent/protégé vous semblent-ils dans l'ensemble satisfaisants ?**

Oui  85,6 % Non  7,5 % NR 3 %

**La fréquence des soins d'hygiène vous paraît-elle satisfaisante ?**

Oui  76,1 % Non  20,9 % NR 3 %

Sinon, pourquoi ? *Le parent n'est pas assez douché régulièrement (tous les 15 jours en USLD)*

**Pensez-vous que votre parent/protégé est bien soigné ?**

Jamais  1,5 % Parfois  10,5 % Souvent  23,9 % Tout le temps  61,2 % NR 3 %

**Connaissez-vous le médecin de l'établissement ?**

Oui  83,6 % Non  14,9 % NR 1,5 %

**Le voyez-vous aussi souvent que vous le voulez ?**

Oui  71,6 % Non  14,9 % NR 13,4 %

**Remarques :** *Avoir une coiffeuse plus souvent, difficulté de rencontre du médecin quand on n'habite pas La Mure, personnel soignant à l'écoute mais pas assez nombreux.*

## Contact avec le personnel

**Vous êtes-vous senti(e) accueilli(e) par tout le personnel ?**

Oui  88,1 % Non  9 % NR 3 %

**Le personnel vous a-t-il été présenté ?**

Oui  37,3 % Non  56,7 % NR 6 %

**Les contacts avec le personnel (amabilité) sont-ils ?**

De bonne qualité  83,6 % De qualité moyenne  13,4 %  
Inexistants  Mauvais  1,5 % NR 1,5 %

**Vous sentez-vous respecté(e) ?**

Jamais  3 % Parfois  4,5 % Souvent  19,4 % Tout le temps  73,1 %

**Avez-vous le sentiment que tous les résidents sont respectés par le personnel ?**

Jamais  3 % Parfois  9 % Souvent  23,9 % Tout le temps  46,3 % NR 17,9 %

**Pensez-vous que le personnel prenne en considération votre avis et vos remarques ?**

Jamais  3 % Parfois  13,4 % Souvent  38,8 % Tout le temps  28,4 % NR 16,4 %

**Remarques :** *Manque de personnel, relations de qualité moyenne pour une petite partie du personnel, difficulté à rencontrer le médecin, manque de communication entre les différentes équipes, personnel soignant dévoué, sympathique, à l'écoute.*

## Le linge

**Le linge de votre parent/protégé est-il égaré ?**

Jamais  45,2 % Parfois  41,9 % Souvent  6,5 % Tout le temps  NR 6,5 %

**Son linge de lit est-il changé aussi souvent que vous le souhaitez ?**

Oui  94 % Non  1,5 % NR 4,5 %

**Pensez-vous que son linge est propre ?**

Jamais  Parfois  1,5 % Souvent  20,9 % Tout le temps  68,7 % NR 9 %

**Lorsque vous donnez son linge à laver, revient-il en bon état ?**

Jamais  1,5 % Parfois  9 % Souvent  34,3 % Tout le temps  43,3 % NR 11,9 %

**Remarques :** *Le linge est souvent égaré, le personnel devrait prévenir en cas de linge égaré car impossibilité de vérifier pour la famille, linge mal repassé.*

**Les réparations**

**Etes-vous satisfait du chauffage ?**

Oui  83,6 % Non  10,5 %

**Savez-vous comment faire effectuer les petites réparations ?**

Oui  40,3 % Non  35,8 % NR 23,9 %

**Etes-vous satisfait de la qualité de la prestation ?**

Jamais  3 % Parfois  6 % Souvent  22,4 % Tout le temps  28,4 % NR 40,3 %

**Remarques :** *Inégalité de température entre les chambres, problème de chauffage signalé à la directrice en 2007 et depuis plus de problème, lenteur d'intervention pour les réparations.*

**Les repas**

**Les horaires des repas vous conviennent-ils ?**

**Matin :** Oui  89,6 % Non  1,5 % NR 9 %

**Midi :** Oui  91,4 % Non  0 % NR 9 %

**Soir :** Oui  73,1 % Non  19,4 % NR 7,5 %

**Pensez-vous que le rythme de vie de votre parent/protégé est respecté ?**

Jamais  1,5 % Parfois  3 % Souvent  31,3 % Tout le temps  59,7 % NR 4,5 %

**Etes-vous satisfait de la qualité des repas proposés ?**

Jamais  6 % Parfois  26,9 % Souvent  34,3 % Tout le temps  25,4 % NR 7,5 %

**Ses goûts sont-ils pris en compte ?**

Jamais  20,9 % Parfois  22,4 % Souvent  20,9 % Tout le temps  14,5 %  
NR 20,9 %

**La durée du repas est-elle suffisante ?**

Oui  80,6 % Non  9 % NR 10,5 %

**Votre parent/protégé a-t-il besoin d'une aide pour le repas ?**

Oui  34,3 % Non  59,7 % NR 6 %

**Le personnel répond-il à ce besoin ?**

Jamais  4,4 % Parfois  13 % Souvent  26,1 % Tout le temps  56,5 %

**Remarques :** Adapter l'horaire du repas du soir selon la saison, défaut de mixage des aliments, repas du soir pris trop tôt, plus de fruits, moins de plats en sauce, améliorer la qualité, demander aux résidents leurs goûts, repas copieux mais souvent de mauvaise qualité, personnel patient et dévoué aux repas.

**Les déplacements**

**Votre parent/protégé est-il autonome par rapport à la marche ?**

Oui  43,3 % Non  52,2 % NR 4,5 %

**Sinon, le personnel répond-il à son attente d'aide ?**

Jamais  3,5 % Parfois  13,8 % Souvent  37,9 % Tout le temps  31 % NR 13,8 %

**Pensez-vous que votre parent/protégé puisse marcher autant qu'il le souhaite ?**

Jamais  16,4 % Parfois  10,5 % Souvent  16,4 % Tout le temps  32,8 %  
NR 23,9 %

**L'établissement vous semble-t-il adapté à ses déplacements ?**

Oui  71,6 % Non  14,9 % NR 13,4 %

**Remarques :** Agrandir les couloirs et passages des portes, manque d'un jardin adapté aux personnes en fauteuil, manque de temps de kiné.

**Votre parent peut-il profiter des espaces extérieurs ?**

Oui  65,7 % Non  26,9 % NR 7,5 %

**La création de petits jardins adaptés aux personnes à mobilité réduite et aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés (pour le nouveau bâtiment) vous semble-t-elle une bonne chose ?**

Oui  94 % Non  NR 6 %

**Dans la perspective de création d'un nouveau bâtiment, que faudrait-il modifier selon vous ?** *Un espace extérieur abrité, sécurisé, plus plat, arboré, espace de promenade, espace pour les personnes à mobilité réduite, plus accueillant, une meilleure accessibilité, des espaces fleuris avec des bancs et chaises.*

### L'animation

**L'animation proposée répond-elle à vos attentes, vos envies et celles de votre parent/protégé ?**

Jamais  3 % Parfois  17,9 % Souvent  35,8 % Tout le temps  22,4 % NR 20,9 %

**Est-elle suffisante en termes de fréquence ?**

Jamais  10,5 % Parfois  11,9 % Souvent  37,3 % Tout le temps  16,4 %  
NR 28,9 %

**Participez-vous, en tant qu'aidant, aux différentes animations ?**

Jamais  65,7 % Parfois  14,9 % Souvent  1,5 % Tout le temps  1,5 %  
NR 16,4 %

**Souhaiteriez-vous que les parents (ou représentants légaux) des résidents puissent participer plus activement dans l'organisation des animations ?**

Oui  34,3 % Non  20,9 % NR 47,8 %

**Remarques :** *L'animatrice accepte tout aide que l'on peut apporter, pas le temps mais pourquoi pas pour ceux qui en ont, connaître le planning des animations à l'avance, plus d'informations.*

**A l'avenir, comment l'animation pourrait-elle être améliorée ?** *Des animations différentes, par petits groupes, permettraient aux résidents plus réservés d'y participer, plus d'animatrices, des salles TV, création d'une salle dédiée à l'animation, sortir plus souvent de la maison de retraite, augmenter la fréquence.*

### La vie à la maison de retraite/USLD

**Avez-vous les moyens d'exprimer des réclamations et/ou des satisfactions ?**

Oui  62,7 % Non  10,5 % NR 26,9 %

Si oui, auprès de qui ? Par quel biais ? *Le personnel, la cadre de santé, par courrier, la directrice déléguée, le docteur.*

**Etes-vous gêné par le bruit ?**

Jamais  71,6 % Parfois  14,9 % Souvent  1,5 % Tout le temps  NR 11,9 %

**Etes-vous gêné par les odeurs ?**

Jamais  49,3 % Parfois  31,3 % Souvent  7,5 % Tout le temps  3 % NR 9 %

**Pouvez-vous visiter votre parent/protégé autant que vous le souhaitez ?**

Oui  95,5 % Non  NR 4,5 %

**Pensez-vous avoir l'intimité nécessaire lors des visites à votre parent/protégé ?**

Oui  82,1 % Non  10,5 % NR 7,5 %

**Sinon, la création dans le nouveau bâtiment de petits salons vous satisferait-elle ?**

Oui  74,6 % Non  9 % NR 16,4 %

**Remarques :** *Des petits salons préservant plus d'intimité, avec possibilité de se désaltérer (distributeurs de boissons), être un peu isolé pour prendre un repas avec son parent, une chambre seule permet de remplir le rôle d'un petit salon.*

**La représentation des familles**

**Un Conseil de la vie sociale (et commission repas) va être mis en place. C'est une instance de discussion des principaux sujets de la vie quotidienne des résidents. Les familles, les résidents, le personnel y est présent. Aimeriez-vous y siéger en tant que représentants des familles (représentants légaux) ?**

Oui  28,9 % Non  59,7 % NR 16,4 %

Sinon, pourquoi ? *Manque de disponibilité, lieu de résidence trop éloigné, trop âgé.*

**Avez-vous le sentiment qu'il est aisé de rencontrer un représentant de l'établissement en cas de mécontentement ?**

Oui  68,7 % Non  16,4 % NR 14,9 %

**Satisfaction globale**

**Avant d'entrer à la maison de retraite/USLD qu'elle image aviez-vous de celle-ci ?**



Mauvaise  4,5 % Passable  20,9 % Positive  32,8 % Très positive  3 %  
Pas d'opinion  32,8 % NR 6 %

**Aujourd'hui quelle est votre opinion concernant les services apportés à votre parent/protégé ?**

Mauvaise  1,5 % Passable  11,9 % Positive  59,7 % Très positive  19,4 %  
Pas d'opinion  1,5 % NR 6 %

**Recommanderiez-vous cet établissement à vos proches ?**

Oui  80,6 % Non  6 % NR 13,4 %

**Qu'est-ce que vous appréciez le plus (points forts) ?** *Amabilité, compétence, professionnalisme et disponibilité du personnel. Propreté. Lieu sécurisé. Soins. Proximité avec la facilité des visites. Respect de la personne âgée.*

**Qu'est-ce que vous appréciez le moins (points faibles) ?** *Vétusté des locaux. Manque de personnel. Manque de convivialité. Manque d'espaces verts bien entretenus. Qualité médiocre des repas. Isolement par rapport à la ville et aux commerces. Promiscuité.*

**Trouvez-vous que le prix de journée est :**

Trop cher  53,7 % Correct  37,3 % NR 9 %

**Seriez-vous prêt(e) à accepter une augmentation du prix de journée en contrepartie d'une amélioration des prestations (notamment en cas de reconstruction) ?**

Oui  14,9 % Non  65,7 % [A moduler 7,5 %] NR 11,9 %

**Avez-vous des suggestions autres à apporter pour améliorer le fonctionnement de la maison de retraite/USLD ? Avez-vous des souhaits particuliers pour le projet de reconstruction/restructuration ?**

*Impossibilité d'augmentation du prix de journée du fait de revenus trop faibles. Pour les douches instaurer un planning avec des horaires plus précis (ce qui éviterait des attentes parfois trop longues dans les couloirs). Une penderie individuelle. Avoir des chambres bien éclairées naturellement, grandes baies. Très important d'orienter de nouvelles chambres au Sud avec de larges baies. Espaces plus intimes avec un salon cinéma, télévision. Faire un réfectoire avec des petits box pour que les patients ne soient plus les uns sur les autres, dans une salle plus claire, plus agréable, plus vive. Aménager une petite salle-restaurant pour rendre le plus convivial possible les rencontres avec la famille et amis afin de partager les repas. Une accessibilité plus facile avec l'extérieur pour les fauteuils roulants. Un plus grand espace de vie extérieur et intérieur. Possibilité de petit déjeuner dans les chambres. Plus de chambres individuelles. Organiser des rencontres où chacun pourra exprimer ses souhaits, ses satisfactions ou ses déceptions. Conserver une salle d'accueil assez grande, une salle d'animation*

*indépendante. Voir un confort de vie agréable pour les résidents et des conditions satisfaisantes pour tout le personnel qui encadre les personnes âgées. Un travail d'écoute est nécessaire. Plus de personnel. Des chambres tapissées ou repeintes avec des couleurs douces. Le téléphone avec ligne directe. Un cabinet de toilette WC-douche pour les personnes valides. Un distributeur de boissons chaudes et froides. Prévoir un parc avec ombrage et fleurs, bancs, tables de pique-nique... Améliorer la prise en charge dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (actuellement mis en place par le gouvernement). Prévoir une salle pour les fumeurs. Plus de passages pour le coiffeur. Maison de retraite moins éloignée de la ville. Une navette pour les valides qui désirent aller en ville faire des courses, se promener... Il faudrait peut-être une réunion avec les familles, avant que le projet de reconstruction/restructuration démarre et que les familles puissent découvrir les plans de ce projet de reconstruction ainsi que l'aménagement des jardins et espaces végétaux.*

**Espace de libre expression :** *« Etablissement austère bien que le personnel soit présent. » « Il y aura de plus en plus de personnes nécessitant un assistanat pour eux et pour les familles confrontées à ce problème et les possibilités sur le plateau sont inexistantes. Merci de penser aux personnes âgées. » « Dans l'ensemble je suis assez satisfaite de l'hébergement de mon parent, l'ensemble du personnel semble très sympathique et serviable. Reste la nourriture qui déplaît à mon parent et qui ne cesse de se plaindre. A surveiller aussi les vêtements qui s'égarrent. J'apprécie le dévouement du personnel qui encadre les personnes âgées. » « J'estime que pour le prix qu'on paye, la structure du long séjour est minable. Depuis 2 ans ½ que mon mari situé au n°104, la porte de sa salle de bains avec un trou, un sol en très mauvais état, des murs minables. Ma famille n'en revient pas de voir ça. Quant aux odeurs, c'est répugnant dès qu'on entre au long séjour. » « Bonne réalisation pour ce vaste projet de reconstruction de nouveau bâtiment ! » « Tout à fait d'accord pour le projet de reconstruction/restructuration et surtout pour le maintien de l'hôpital. » « Il faudrait que le personnel prenne conscience du fait qu'il s'occupe de personnes : le respect est indispensable ! Peut-être que quelques jours de formation avec un psychologue pourraient changer beaucoup de comportements qui me paraissent mal adaptés. » « La vieillesse entraînant une dépendance devrait être considérée comme une maladie. Par conséquent l'intervention de la sécurité sociale est nettement insuffisante. Je pense que c'est là que devraient porter les efforts, car l'augmentation du prix de journée interdit à beaucoup de personnes âgées l'accès aux établissements. » « Je souhaiterais qu'encre plus d'attention soit prêtée à celles des personnes âgées qui n'ont pas l'habitude de se plaindre et donnent toujours le change devant les soignants, le médecin notamment. » « Bon accueil. Bonne réception que ce soit le personnel soignant ou administratif aux admissions personnes âgées. » « Les retraités ont un passé, derrière eux, et souvent ont eu une vie laborieuse. Il est donc souhaitable que leurs dernières années soient agréables le plus possible. Que le personnel prenne ceci en compte, sache les écouter et leur apporter l'affection dont ils ont tant besoin, sans oublier le rôle de la famille. N'oublions pas qu'ils étaient ce que nous sommes et nous deviendrons ce qu'ils sont. Donc toutes les améliorations apportées pour leur confort de vie se répercuteront sur nous tous. Les réflexions pour cette nouvelle maison de retraite doivent concourir à la rendre le plus possible conforme à leur attente de façon à pouvoir dire : « nous n'attendons rien de plus, tout est bien ». Nous vous remercions : mon frère et moi-même sa sœur de nous avoir donné la possibilité de nous exprimer*

*et nous souhaitons que ce projet se réalise dans de très bonnes conditions et surtout que nos réflexions soient prises en considération. » « Ce bilan peut paraître exagérément « noir » et je veux l'atténuer par les 2 observations suivantes :*

- le long séjour manque « d'humains » : le personnel n'est pas assez nombreux pour donner par exemple à chacun le temps qui serait nécessaire à certaines tâches : le repas par exemple qui nécessiterait au moins 30 mn pour certains ce qui est, en l'état des choses, irréalisable.*
- Le long séjour manque « d'humanité » : un regard attentif pour voir si le patient a son verre près de lui, n'a pas l'oreiller mal mis, n'a pas quelque chose qui le démange... Un petit mot, mais pas trop « bébé » : voilà ce qui manque et qui n'exige pas des personnels plus nombreux car, et j'en terminerais pas une question : que fait le personnel entre 15h30 et 17h15 ? (on ne les voit pas et là il me semble qu'ils pourraient faire un petit passage rapide et jeter un petit coup d'œil à chacun).*

*Merci. » « Mon père y est par manque d'autre solution. Mais le sentiment d'attente de la mort est omniprésent. Plutôt qu'une concertation écrite, organisez une table ronde avec les représentants des familles, les protégés et le personnel. Rien de tel que le réel pour s'exprimer et faire avancer dans le sens d'un projet constructif. » « Merci de nous avoir permis, par cette enquête de satisfaction, d'exprimer notre avis. Cela permet d'être dans une démarche de coopération constructive et positive. Car il est important d'offrir un cadre de vie agréable aux personnes âgées et que les quelques plaisirs qui leur restent correspondent à leurs goûts (notamment pour les repas). » « Compte tenu des problèmes de vol ne pourrait-on pas penser à fermer les armoires avec des cadenas ? Un double des clés serait conservé dans une armoire à clés chez les infirmières. Ou bien une mise en place de fermeture de porte pourrait être envisagée avec une clé « passe » pour le personnel. »*

## Annexe 2 Enquête de satisfaction à l'attention des résidents et résultats de l'enquête

USLD  25,7 %      Maison de retraite  74,3 %

### Age

Moins de 60 ans  0 %

60-64 ans  0 %

65-69 ans  9,1 %

70-74 ans  3 %

75-79 ans  15,2 %

80-84 ans  18,2 %

85-89 ans  18,2 %

90-94 ans  24,2 %

95-99 ans  3 %

+ de 100 ans  0 % NR 9,1 %

### Sexe

Féminin  66,7 %

Masculin  33,3 %

### Situation de famille

Marié(e)  6,1 %

Célibataire  24,2 %

Veuf(ve)  69,7 %

### Avez-vous des parents proches ?

Oui  100%

Non  0 %

### Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous entré(e) à la maison de retraite/USLD ?

Raison médicale  60,7%      Raison familiale  9 %      Solitude  33,3 %

Autre raison

Précisez : Sécurité

NR 3 %

### Est-ce vous qui avez choisi d'entrer à la maison de retraite/USLD ?

Oui  54,6 %

Non  42,4 %      NR 3 %

### Est-ce que les lieux vous ont été présentés lors de votre entrée ?

Oui  57,6 %

Non  36,4 %      NR 6 %

## La chambre

### Occupez-vous une chambre simple ou double ?

Chambre simple  66,7 %

Chambre double  33,3 %

### Votre chambre vous convient-elle ?

Oui  84,9 %

Non  9,1 %

NR 6,1 %

Pourquoi ? *Le fait d'être deux dans la chambre n'est pas pratique, ensoleillement apprécié de même que le balcon, l'horizon, le calme, voir le passage des gens.*

**Votre intimité est-elle préservée ?**

Oui  72,7 % Non  9,1 % NR 18,2 %

**Frappe-t-on à votre porte avant d'entrer ?**

Oui  84,6 % Non  9,1 % NR 6,1 %

**Avez-vous à vous plaindre du ménage ?**

Oui  90,9 % Non  9,1 %

**Concernant le confort de votre chambre êtes-vous satisfait :**

- du mobilier : Oui  87,9 % Non  9,1 % NR 3 %

- des sanitaires : Oui  75,8 % Non  24,2 %

- des équipements (téléphone, sonnette) : Oui  81,8 % Non  12,1 % NR 6,1 %

**Remarques :** *le téléphone ne marche pas le week-end, les WC sont trop bas, les placards sont trop petits, manque d'étagère.*

**Quelles sont les améliorations que vous aimeriez apporter pour les chambres du nouveau bâtiment ?** *Pouvoir apporter plus d'objets personnels, avoir une douche dans la chambre, avoir une chambre simple, un lit que l'on peut abaisser, une sonnette au-dessus du lit, une chambre plus grande, un téléphone.*

**Les soins**

**Prenez-vous des douches aussi souvent que vous le souhaitez ?**

Oui  78,8 % Non  18,2 % NR 3 %

**Les soins d'hygiène respectent-ils votre pudeur ?**

Jamais  6,1 % Parfois  0 % Souvent  18,2 % Tout le temps  66,7 % NR 9,1 %

**Pensez-vous être bien soigné(e) ?**

Jamais  0 % Parfois  0 % Souvent  21,2 % Tout le temps  75,8 % NR 3 %

**Votre douleur est-elle prise en compte ?**

Jamais  0 % Parfois  6,1 % Souvent  30,3 % Tout le temps  48,5 % NR 15,1 %

**Recevez-vous des informations claires sur votre état de santé ?**

Jamais  12,1 % Parfois  12,1 % Souvent  30,3 % Tout le temps  27,3 %  
NR 18,2 %

**Connaissez-vous le médecin de l'établissement ?**

Oui  93,9 % Non  6,1 %

**Le voyez-vous aussi souvent que vous le voulez ?**

Oui  72,7 % Non  12,1 % NR 15,2 %

**Remarques :** Pour avoir des informations sur l'état de santé, nécessité de demander, tous les dossiers des résidents sont très bien suivis.

**Le linge**

**Votre linge est-il égaré :**

Jamais  48,5 % Parfois  48,5 % Souvent  3 % Tout le temps  0 %

**Votre linge de lit est-il changé aussi souvent que vous le souhaitez ?**

Oui  97 % Non  3 %

**Pensez-vous que votre linge est propre ?**

Jamais  0 % Parfois  0 % Souvent  9,1 % Tout le temps  90,9 %

**Lorsque vous donnez votre linge à laver, revient-il en bon état ?**

Jamais  3 % Parfois  6,1 % Souvent  15,2 % Tout le temps  72,7 %

**Les réparations**

**Etes-vous satisfait du chauffage ?**

Oui  93,9 % Non  3 % NR 3 %

**Savez-vous comment faire effectuer vos petites réparations ?**

Oui  63,6 % Non  18,2 % NR 18,2 %

**Etes-vous satisfait du service technique ?**

Jamais  0 % Parfois  6,1 % Souvent  27,3 % Tout le temps  27,3 % NR 39,4 %

## Les repas

### Les horaires des repas vous conviennent-ils ?

**Matin :** Oui  90,9 % Non  9,1 %  
**Midi :** Oui  93,9 % Non  6,1 %  
**Soir :** Oui  66,7 % Non  27,3 % NR 6,1 %

### Etes-vous satisfait de la qualité des repas ?

Jamais  3 % Parfois  36,4 % Souvent  33,3 % Tout le temps  24,2 % NR 3 %

### Etes-vous satisfait de la quantité des repas ?

Jamais  3 % Parfois  15,1 % Souvent  24,2 % Tout le temps  48,5 % NR 9,1 %

### Vos goûts sont-ils pris en compte ?

Jamais  9,1 % Parfois  21,2 % Souvent  21,2 % Tout le temps  15,1 % NR 33,3 %

### La durée du repas est-elle suffisante ?

Oui  81,8 % Non  15,2 % NR 3 %

### Avez-vous besoin d'une aide pour le repas ?

Oui  6,1 % Non  93,9 %

### Le personnel répond-il à ce besoin ?

Jamais  0 % Parfois  0 % Souvent  50 % Tout le temps  0 % NR 50 %

### Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter dans le nouveau bâtiment ?

*Repas plus tard le soir, plus de légumes, plus de variété, repas trop tôt le matin, une durée plus longue pour le repas, rations souvent trop copieuses, pouvoir choisir ses plats.*

## Les déplacements

### Vous estimez-vous autonome par rapport à la marche ?

Oui  72,7 % Non  24,2 % NR 3 %

### Sinon, le personnel répond-il à votre attente d'aide ?

Jamais  4,2 % Parfois  0 % Souvent  12,5 % Tout le temps  25 % NR 58,3 %

**Les locaux vous semblent-ils adaptés à vos déplacements ?**

Oui  78,8 % Non  15,2 % NR 6,1 %

**Dans la perspective de création d'un nouveau bâtiment, que faudrait-il modifier selon vous ?** *Manque de barres d'appuis, embellir les extérieurs, adapter l'extérieur aux déplacements, jardin plus grand pour se promener.*

**L'animation**

**L'animation proposée répond-elle à vos attentes, vos envies ?**

Jamais  3 % Parfois  30,3 % Souvent  33,3 % Tout le temps  21,2 % NR 12,1 %

**Est-elle suffisante (fréquence) ?**

Jamais  9,1 % Parfois  24,2 % Souvent  21,2 % Tout le temps  21,2 % NR 24,2 %

**Participez-vous aux différentes animations ?**

Jamais  9,1 % Parfois  51,5 % Souvent  21,2 % Tout le temps  12,1 % NR 6,1 %

**A l'avenir, comment l'animation pourrait-elle être améliorée ?** *Mise en place d'une chorale, projection de films, animation journalière, organisation de sorties.*

**La vie à la maison de retraite/USLD**

**Vous sentez-vous en sécurité ?**

Oui  93,9 % Non  0 % NR 6,1 %

**Lorsque vous avez un souci, vous semble-t-il possible d'en parler à un membre du personnel ?**

Oui  78,8 % Non  9,1 % NR 12,1 %

**Y a-t-il des moments plus difficiles dans la journée, la semaine ?**

Oui  12,1 % Non  63,6 % NR 21,2 %

**Si oui, lesquels et pourquoi?** *Après le repas, fin d'après-midi, jours de fatigue, matin.*

**Quel moment de la journée aimez-vous le moins ?**

Matin  15,2 % Après-midi  6 % Soir  9,1 % Aucun  45,5 % NR 24,2 %



Pourquoi ? *Matin : levé trop tôt, moins d'animation, reprise de contact avec son statut de résident ; Après-midi : pas assez de silence pour la sieste, attente trop longue pour la douche ; Soir : coucher trop tard ; Aucun : occupation d'une façon ou d'une autre.*

**Quel moment aimez-vous le plus ?**

Matin  6,1 % Après-midi  39,4 % Soir  0 % Aucun  24,2 % NR 30,3 %

Pourquoi ? *Après-midi : pour la promenade, les visites, plus calme, animations ; Matin : pour sortir en ville ; Soir : oubli de la situation, on dort, on s'évade ; Repas : discussion avec la voisine.*

**Pensez-vous avoir été victime d'un vol ?**

Oui  27,3 % Non  66,7 % NR 6 %

**Si oui, avez-vous pu vous en plaindre ?**

Oui  77,8 % Non  22,2 %

**Après de qui ?**

**Avez-vous les moyens d'exprimer des réclamations ou des satisfactions ?**

Oui  60,6 % Non  33,3 % NR 6,1 %

**Etes-vous gêné par le bruit ?**

Jamais  66,7 % Parfois  21,2 % Souvent  6,1 % Tout le temps  0 % NR 6,1 %

**Etes-vous gêné par les odeurs ?**

Jamais  72,7 % Parfois  15,2 % Souvent  3 % Tout le temps  3 % NR 6,1 %

**Contact avec le personnel**

**Vous êtes-vous senti(e) accueilli(e) par tout le personnel ?**

Oui  81,8 % Non  3 % NR 15,2 %

**Le personnel vous a-t-il été présenté ?**

Oui  45,5 % Non  30,3 % NR 24,2 %

**Vous tutoie-t-on sans votre autorisation ?**

Jamais  87,9 % Parfois  6,1 % Souvent  0 % Tout le temps  0 % NR 6 %

### Les contacts avec le personnel sont-ils ?

De bonne qualité  78,8 %      De qualité moyenne  15,2 %  
Inexistants  0 %      Mauvais  0 %      NR 6,1 %

### Vous sentez-vous respecté(e) ?

Jamais  0 % Parfois  12,1 % Souvent  9,1 % Tout le temps  72,1 % NR 6,1 %

### Avez-vous le sentiment que tous les résidents sont respectés par le personnel ?

Jamais  0 % Parfois  12,1 % Souvent  21,2 % Tout le temps  48,5 % NR 18,2 %

**A l'avenir que souhaiteriez-vous comme changements et améliorations ?** *Même accompagnement de la part du personnel.*

## La vie avec les autres résidents

### Pouvez-vous rencontrer librement les autres résidents ?

Oui  87,9 %      Non  12,1 %

### Pensez-vous avoir l'intimité nécessaire pour recevoir :

Votre famille       Oui  78,8 %      Non  6,1 % NR 15,1 %  
Vos amis       Oui  48,5 %      Non  3 % NR 48,5 %

### Aimeriez-vous représenter l'ensemble des résidents au sein du Conseil de la vie sociale (et commission repas) ?

Oui  6,1 %      Non  76,8 %      NR 18,2 %

## Satisfaction globale

### Avant d'entrer à la maison de retraite/USLD qu'elle image aviez-vous de celle-ci ?

Mauvaise  3 %      Passable  9,1 % Positive  15,1 % Très positive  12,1 %  
Pas d'opinion  44,4 %      NR 15,1 %

### Aujourd'hui quelle est votre opinion concernant les services apportés ?

Mauvaise       Passable  12,1 % Positive  42,4 % Très positive  27,3 %  
Pas d'opinion  9,1 %      NR 9,1 %

### Recommanderiez-vous cet établissement à vos proches ?

Oui  81,8 %      Non  3 %      NR 15,2 %

**Qu'est-ce que vous appréciez le plus (points forts) ?** *Calme, bien-être, accessibilité du personnel, compétence, chaleur humaine, passer des moments de détente avec les autres résidents, propreté, respect d'une certaine autonomie, relative liberté, nourriture, parler avec les gens.*

**Qu'est-ce que vous appréciez le moins (points faibles) ?** *Manque de personnel, manque d'activité, repas à 17h45 le soir, moments de solitude, mal à l'aise avec les personnes handicapées, ne pas être chez soi.*

**Trouvez-vous que le prix de journée est :**

Trop cher  18,2 % Correct  21,2 % Pas d'avis  44,2 % NR 18,2 %

**Seriez-vous prêt(e) à accepter une augmentation du prix de journée en contrepartie d'une amélioration des prestations (notamment reconstruction) ?**

Oui  18,2 % Non  33,3 % NR 45,4 % A moduler 3 %

**Avez-vous des suggestions autres à apporter pour améliorer le fonctionnement de la maison de retraite/USLD ? Avez-vous des souhaits particuliers pour le projet de reconstruction/restructuration ?** *Avoir des chambres avec de grandes ouvertures pour plus de clarté, ce qui permet de lire plus facilement. Avoir la possibilité de téléphoner quand on veut, avoir une ligne directe. Avoir une douche privée, avoir une sonnette par lit. SDB privative, literie.*

**Espace de libre expression :** « Prix toujours trop cher pour ceux qui le paient mais nous n'avons pas les éléments pour faire une estimation comparative. » « Quelques petits coins pour recevoir famille et amis seraient souhaitables (genre petits salons). » « Les balcons sont très appréciés (surtout avec notre panorama). » « La douche individuelle ! Oui mais est-elle souhaitable pour tous ? (Problème d'équilibre, risque d'accidents, et de bonne volonté aussi de la part des résidents car certains ne se laveront pas ou insuffisamment.) » « Pourquoi ne pas prévoir pour le petit-déjeuner un self service qui fonctionnerait de 7h à 9h. Ceux qui dorment tard le matin y trouveraient leur rythme. » « Pouvoir amener dans la chambre un petit meuble qui ferme à clé. » « Dans les souhaits particuliers, un masseur ou masseuse ferait partie de mes vœux. » « Volonté d'apporter un bureau qui ferme à clé. » « Chambre individuelle avec douche. » « La maison de retraite devrait être bâtie au cœur de la ville. » « Je n'aimerais pas me retrouver avec les résidents du long séjour. »

## Annexe 3 Enquête de satisfaction à l'attention du personnel et résultats de l'enquête

USLD 1  18,4 % USLD 2  15,8 % MDR  44,5 % POOL  5,26 %

### Sexe

Féminin  92,1% Masculin  2,6 % NR 5,3 %

### Poste occupé

ASH  30 % Aide-soignant(e)  52,6 % Infirmier(ère)  10,5 %

Cadre de santé  5,3 % Médecin  0 %

Kinésithérapeute  0 % Ergothérapeute  0 % MAPA  0 %

Autres  Précisez : NR 2,6 %

### Votre satisfaction globale au travail

#### Avez-vous choisi de travailler dans un service de gériatrie ?

Oui  55,3 % Non  42,1 % NR 2,6 %

#### Comment jugez-vous vos conditions de travail ?

Très bonnes  0 % Bonnes  42,1 % Moyennes  39,5 % Mauvaises  18,4 %

#### Comment jugez-vous l'ambiance de travail en général ?

Très bonne  Bonne  36,8 % Moyenne  42,1 % Mauvaise  15,8 % NR 5,3 %

#### Comment jugez-vous la communication d'équipe ?

Très bonne  Bonne  39,5 % Moyenne  42,1 % Mauvaise  13,2 % NR 5,3 %

#### Comment jugez-vous votre charge de travail ?

Très bonne  Bonne  13,2 % Moyenne  47,4 % Mauvaise  36,8 % NR 2,6 %

#### Si vous pensez que votre charge de travail est trop lourde, comment le justifiez-vous ? (plusieurs réponses sont possibles)

Manque de personnel  78,9 % Mauvaise organisation du travail  39,3 %

Inadaptation des locaux  47,3 % Autre  Précisez : seule à gérer deux unités, glissement de tâches, mauvaise ambiance d'équipe.

**Aimeriez-vous avoir la possibilité de tourner entre les différents services de l'hôpital ?**

Oui  39,5 % Non  55,3 % NR 5,3 %

**Vous sentez-vous valorisé(e) dans votre travail ?**

Oui  57,9 % Non  36,8 % NR 5,3 %

**Sinon, pourquoi ?** « Les réflexions de l'équipe AS ne sont pas assez prises en compte et ce trop souvent ! (pourtant celle-ci est la plus proche des patients et de leurs familles) » « On voit ce que l'on ne fait pas mais pas ce que l'on fait. » « Manque de reconnaissance de la part des médecins » « Aux yeux de certains patients seulement sinon pas du tout (aucune reconnaissance de notre travail par nos supérieurs hiérarchiques. » « Manque de reconnaissance du travail accompli. » « Non respect des collègues et des patients parfois. » « On ne nous permet pas d'assister aux transmissions c'est comme si on ne faisait pas partie de l'équipe. De plus, malgré tous nos efforts, notre cadre n'est jamais satisfaite et nous en demande toujours plus. » « Manque d'intérêt et méconnaissance exacte de mon travail entraîne un manque de reconnaissance et de valorisation de mon travail (CS). » « Manque de temps et de personnel. » « En temps que contractuel on fait le même travail que les titulaires et nous n'avons pas les mêmes avantages (ex : prime). »

**Comment jugez-vous la communication avec la direction de l'établissement ?**

Très bonne  2,6 % Bonne  29 % Moyenne  44,7 % Mauvaise  15,8 % NR 7,9 %

**Comment jugez-vous la communication avec le médecin responsable du service ?**

Très bonne  5,3 % Bonne  31,6 % Moyenne  50 % Mauvaise  7,9 % NR 5,3 %

**Comment jugez-vous la communication avec le cadre du service ?**

Très bonne  13,2 % Bonne  36,8 % Moyenne  26,3 % Mauvaise  15,8 %

**Remarques :** « Manque de réunions avec le médecin de service, manque d'agents titulaires en CDI. » « Toujours le même manque de personnel. » « La prise en charge du patient se fait essentiellement entre les IDE et le médecin. On ne tient pas compte des remarques faites par le reste du personnel et on ne les tient pas au courant des décisions prises. » « Plus de présecne médicale serait souhaitable. La communication avec mes collègues de travail ne me pose aucun problème. Chacun a bien sa place et l'entraide fonctionne bien ». « Les avis divergent. Difficulté de se concentrer sur le même objectif entre les différents corps de métier. » « Manque d'écoute » « Accepter les idées de chacun. Positif et non un regard négatif. L'ensemble des personnes s'y retrouvent (résidents + personnel soignant). » « Les ASH doivent participer aux transmissions. » « L'esprit » d'équipe a vraiment disparu. »

## La relation au résident

### Comment jugez-vous vos relations avec les résidents en général ?

Très bonnes  26,3 % Bonnes  63,2 % Moyennes  7,9 % Mauvaises  2,6 %

### Vous sentez-vous respecté par les résidents ?

Jamais  0 % Parfois  26,3 % Souvent  50 % Tout le temps  23,7 %

### Comment percevez-vous la qualité de prise en charge générale offerte aux résidents ?

Très bonne  7,9 % Bonne  23,7 % Moyenne  55,3 % Mauvaise  10,5 % NR 2,6 %

### Jugez-vous que vous apportez des soins de qualité aux résidents ?

Jamais  0 % Parfois  34,2 % Souvent  44,7 % Tout le temps  13,2 % NR 7,9 %

### Passez-vous autant de temps auprès du résident que vous le souhaiteriez ?

Jamais  34,2 % Parfois  50 % Souvent  10,5 % Tout le temps  2,6 % NR 2,6 %

**Remarques :** « La charge de travail étant lourde, nous passons moins de temps auprès des résidents. » « Par manque de personnel, il faut toujours faire vite, le maximum est fait (toilette, habillage, repas) au détriment de la relation et du temps passé avec les patients. » « Malgré certains patients/certaines familles, la prise en charge du résident se fait dans le respect mutuel. Mais nous ne pouvons, par manque de personnel, passer autant de temps avec les patients que nous le voudrions. Par rapport aux familles, les soucis que l'on peut rencontrer avec eux sont très pesants pour nous et nous ne sommes pas assez soutenus par nos supérieurs en cas de problèmes Les soignants sont en première ligne de mire des patients et familles à problèmes et, en cas de désaccord, l'impression donnée par nos supérieurs est que nous devons faire des efforts constants pour satisfaire les familles. » « Certains charges de travail comme la gestion des médicaments de la pharmacie nous prennent cependant trop de temps et c'est dommage car ce temps pourrait être consacré aux résidents. » « Temps passé auprès des résidents selon la charge de travail. » « Trop de douches » « Par manque de temps, ainsi que la charge de travail, je ne passe pas assez de temps avec les résidents car ils aimeraient communiquer davantage avec moi. » « Pour certains résidents, réveil aux aurores (6h). La structure est un lieu de vie pour les résidents. D'autre part, il faut considérer leur chambre comme leur domicile. Pour le temps, je privilégie ce moment en début de nuit (boissons – distribution des somnifères). » « Par manque de personnel il faut faire chaque geste très vite (ex : faire manger une personne vite) et quelque part c'est un peu de la maltraitance. » « Pouvoir passer plus de temps auprès du résident car accompagner, écouter c'est marcher au même rythme que la personne. »

**Pensez-vous que l'animation répond aux attentes des résidents ?**

Jamais  5,3 % Parfois  57,9 % Souvent  31,6 % Tout le temps  2,6 % NR 2,6 %

**Sinon, pourquoi ?** « Une seule animatrice ! » « Manque d'activités adaptées à la personne âgée ex : cuisine, rempotage de fleurs, atelier créatif ou création d'un salon de coiffure (à la charge de la personne âgée si plus d'une fois par mois) au sein même des unités, lecture du journal et des nouvelles de la vie du plateau matheysin. » « Les résidents sont actuellement seuls dans les salles de repas (les activités ont lieu environ une fois par mois), pourquoi ne pas programmer plusieurs activités selon leurs envies et leur niveau. » « Ce n'est pas aux AS de faire l'animation le WE, à quoi sert l'animatrice ? Sujet pas toujours très intéressant. » « Trop de résidents à contenter (différentes attentes). » « Certaines personnes âgées s'ennuient. Peu nombreuses. » « Difficile de satisfaire un groupe de 70 personnes (pas le même niveau physique ni intellectuel). » « Manque de place, salon trop petit. » « L'animatrice devrait plus souvent être présente. » « Pas adapté sur les USLD et pas assez d'animation sur les unités. » « Besoin de plus d'ateliers récréatifs adaptés car ce sont toujours les mêmes qui bénéficient des animations... Nécessité de réfléchir à ce que l'on pourrait apporter aux autres. » « Les activités sont variées et permettent aux résidents de choisir. Leurs suggestions sont prises en compte dans la mesure du possible. »

**Pensez-vous que les familles soient assez impliquées dans la vie de la structure ?**

Jamais  26,3 % Parfois  52,6 % Souvent  18,4 % Tout le temps  0 % NR 2,6 %

**Comment jugez-vous la communication entre le personnel et les familles ?**

Très bonne  0 % Bonne  31,6 % Moyenne  52,6 % Mauvaise  10,5 % NR 5,3 %

**Par quels moyens pourrait-on améliorer cette communication ?** « Par des réunions régulières à la demande des familles et/ou des patients pour que chacun connaisse le point de vue de l'autre. » « En les impliquant plus dans la vie de la maison de retraite et en les faisant participer à certaines activités. » « Avoir la possibilité de partager des repas plus souvent et notamment les jours de fête. » « Proposition de réunion mensuelle famille/personnel pour parler, échanger des différents problèmes rencontrés par chacun. » « Réunions (3 fois par an) avec le personnel soignant et les familles. Ecoute, demande, échange relationnel. Mais ne pas oublier que certains résidents ont peu de visites de leurs familles. » « Information sur la fonction des équipes et l'organisation du travail. Référents pour les familles. » « En ayant un discours cohérent avec toutes les familles, sans favoritisme. » « Par manque de personnel, on n'a souvent malheureusement pas le temps d'accorder du temps aux familles alors qu'on fait ce métier pour le bien-être des patients avant tout. » « Conseil de vie sociale, intégrer les familles qui le souhaitent à la vie institutionnelle (fêtes, animations), les « valoriser » dans ce qu'ils font auprès de leurs parents. »

## Le projet de reconstruction/restructuration

**Etes-vous favorable au regroupement dans un même bâtiment d'une partie des lits d'USLD et de la totalité des lits de maison de retraite dans un même bâtiment ?**

Oui  57,9 % Non  36,8 % NR 5,3 %

**Etes-vous favorable à la création de deux unités Alzheimer sécurisées dans le nouveau bâtiment ?**

Oui  100 % Non  0 %

**Souhaiteriez-vous pouvoir travailler dans ces deux unités ?**

Oui  79 % Non  18,4 % NR 2,6 %

**Si oui, accepteriez-vous de suivre une formation pour la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?**

Oui  100 % Non  0 %

**Etes-vous favorable à l'ouverture d'un accueil de jour de 5 places ?**

Oui  94,5 % Non  2,6 % NR 2,6 %

**Etes-vous favorable à l'ouverture d'un hébergement temporaire de 2 lits ?**

Oui  94,5 % Non  2,6 % NR 2,6 %

**En terme architectural, quels seraient les changements majeurs qui amélioreraient nettement votre condition de travail ?** *Service sur un même étage. Des WC plus grands. Des chambres plus grandes. Porte plus large pour passer les lits, pouvoir sortir les résidents dehors. Locaux plus spacieux. Douche dans chaque chambre. Adaptation aux fauteuils roulants. Bâtiment essentiellement de plein pied. Salle de soins séparée de la salle des dossiers et de la pharmacie. Structure située le plus près de la ville (centre). 1 grande salle de pause, petites unités de 30 personnes maxi. Maison de retraite très lumineuse au niveau des couleurs sols/murs. Sectoriser les unités de vie : plus petites ; selon leurs pathologies, autonomes et non autonomes. Ascenseurs, bâtiment en U avec une petite terrasse pour chaque chambre de plein pied. 1 ascenseur pour les résidents et un autre pour le personnel. Endroit lumineux, de la couleur, et fonctionnel. Avoir un espace agréable de travail pour recevoir les agents et les familles. Luminosité et isolation phonique indispensable. Avoir une petite salle de réunion pour des groupes de travail. Que les cuisines, la lingerie, l'infirmierie ne se trouvent pas loin pour éviter de courir pour la sécurité des patients. Infirmierie : salle de préparation des semainiers, mise à jour visite, salle soins, réfection pansement, chariot semainier (en cours). Local sale avec 3 bac + couvercle, étagères, système pour séchage des gants. Vestiaires au niveau du service.*



**En terme architectural, quels seraient les changements majeurs qui amélioreraient nettement la prise en charge des résidents ?** *Toilettes et salle de bains adaptées au matériel (lève malade, fauteuils, mise aux toilettes). Salle à manger adaptées, assez grandes, qui respectent la personne. Aménagement d'espaces extérieurs. Locaux plus appropriés. Chambres individuelles avec douches, coins de vie conviviaux (petit salon télé, bibliothèque), sport. Petites distances à parcourir. Une structure agréable et lumineuse avec un grand parc sécurisé qui permettrait aux résidents de sortir plus souvent, seuls. Améliorer les conditions en cas d'urgence avec les services de l'hôpital. Au niveau hygiène trajet propre/sale. Infirmerie avec baie vitrée pour la surveillance. Salle de gymnastique et pourquoi pas une piscine. Petites unités. Petits salons = bibliothèque, télé, belote. Salle plus grande pour les activités en groupe (gymnastique, chant).*

**Pensez-vous que la prise des repas doit être proposée dans une grande salle collective ou dans les unités de vie ? (ne concerne pas les unités Alzheimer)**

Oui  57,9 % Non  31,6 % NR 10,5 %

**Sinon, pourquoi ?** *« Dans de petites unités pour faciliter le dialogue avec les « serveuses ». Le personnel plus à l'écoute des demandes. » « Grande salle dimanche et jours fériés pour un échange collectif. » « Plus d'immense salle à manger (trop bruyant, cohabitation difficile), petites salles avec différentes tables (ronde pour 6 personnes, carrées pour 4 et quelques tables pour 2, couple). » « A voir : si grande salle collective, nécessité peut-être de former des groupes comme au restaurant, si petites unités de vie, nécessité d'avoir plus de personnel. » « Laisser le choix aux résidents de se placer. Prises des repas dans les unités de vie : salle à manger conviviale, claire avec des tables rondes, nappes, assiettes et couverts de couleur. Disposition des tables modulable. »*

**Avez-vous une (ou des) idée(s) qui vous tient à cœur pour ce projet ?** *« Faire participer les familles, pouvoir les accueillir comme au « restaurant », meilleure qualité des repas. » « Il faut deux salles à manger : une pour ceux qui mangent seuls, une pour ceux qu'on fait manger. » « Laisser aux résidents des plages horaires pour différents choses : repas, toilette, il faut du personnel. » « Avoir des unités de vie avec possibilité pour les résidents de sortir dans un jardin ou une cour qui soit attenante à l'unité de vie avec facilité d'accès pour les patients valides et les fauteuils roulants. Plus de lits pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Beaucoup de familles aimeraient être soulagées de leurs parents. » « Beaucoup de luminosité. » « Beaucoup d'espaces. » « Possibilité pour les résidents de se mettre où ils veulent à table. » « Eviter de faire changer de service les pensionnaires selon leur autonomie de même il faudrait pouvoir avoir, dans une même unité, pas forcément dans la même chambre, un suivi de la personne jusqu'en fin de vie. » « Peut-être des entrées et desserts en self-service. » « Organisation des charges de travail en fonction des résidents moins rigide. Relation avec la personne âgée (plus de temps). » « Ok pour travailler dans les UPG si c'est ponctuel (ex : 4j/mois). Tous les agents devraient y travailler. Un agent ne pas faire un temps complet de ces unités fermées (psychologiquement très difficile). »*

« Ne plus mélanger en maison de retraite les différentes populations. » « Une salle pour l'animation ; une entrée accueillante, des petits salons pour les résidents et familles, une entrée accueillante, espace vert, jardin, terrasse. » « Dans ce nouveau bâtiment vous devriez faire un salon de coiffure pour les résidents ainsi qu'une cafétéria car les familles pourraient y descendre avec les résidents de temps en temps plutôt que de s'ennuyer ou voir leurs proches dans un espace confiné. »

## Projet de vie

**Quelles sont les valeurs que vous souhaiteriez voir inscrites dans le projet de vie ?**

**Non exploitable (tous les thèmes ont été cochés en thèmes prioritaires)**

Thème prioritaire : respect de l'intimité des résidents  maintien de l'autonomie   
qualité de fin de vie  respect du rythme de vie   
autre  Précisez :

Thème secondaire respect de l'intimité des résidents  maintien de l'autonomie   
qualité de fin de vie  respect du rythme de vie   
autre  Précisez :

Autre proposition de valeurs à porter :

**Selon vous, l'accueil des résidents est-il bien organisé à l'heure actuelle ?**

Oui  39,5 % Non  34,2 % Pas d'opinion  21,1 % NR 5,3 %

**Sinon, pourquoi ?** Manque de temps.

**Comment envisagez-vous l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents ?**

Par la formation professionnelle  44,7 % Par une augmentation du personnel  89,5 %

Par une réorganisation du travail  31,6 %

Autre  Précisez : motivation du personnel, maintien d'une équipe pluridisciplinaire

**Pensez-vous que la désignation d'un référent pour la personne âgée serait une bonne chose ?**

Oui  57,9 % Non  31,6 %

**Si oui, qui pourrait avoir ce rôle ? (plusieurs réponses sont possibles)**

Cadre de santé  22,8 % Infirmière  41 % Aide-soignante  54,6 %

Autre  Précisez : NR 18,2 %

**Aimeriez-vous qu'un travail approfondi soit entrepris sur l'organisation du travail dans le futur établissement ?**

Oui  **97,4 %** Non  **2,6 %**

**Espace de libre expression :** « Afin de vivre au rythme de la personne âgée et favoriser celui-ci l'organisation du travail est à réévaluer car les personnes âgées changent parfois très vite (était physique et psychique). » « Organisation de formations : manutention, gestion de l'agressivité, transmissions... » « Pensez que les petites unités nécessitent plus de personnel. En bref construisez un établissement avec du personnel et non pas avec des lits et des pathologies. » « Le nouvel établissement devra pour ma part permettre aux personnes âgées de vivre le mieux possible entourées de leurs familles. » « En temps que personnel de santé, nous devons être là pour les accompagner dans les meilleures conditions avec respect. » « Les problèmes de santé devront être pris en charge par du personnel médical qui adhère à la gériatrie. » « Il serait bien de ne pas entendre la phrase « cette personne a quel âge » quand on fait appel à un médecin. » « Les personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer même s'il leur faut un rythme de vie peut-être différent avec une prise en charge adaptée, ne doivent pas être mises à part tout de suite en unité spécialisée. La maladie pouvant semble-t-il être ralentie par des stimulations, le contact avec les autres pensionnaires peut les aider à être mieux. » « Enfin une bonne partie du travail effectué à la maison de retraite actuelle me semble avoir une certaine qualité, il peut sans doute être amélioré par des formations et peut-être aussi avec certaines charges de travail qui à l'heure actuelle sont effectuées par le personnel en place, puissent être effectuées par d'autres personnes. Je pense à la plonge, la gestion de la salle à manger par exemple. Le personnel si à mon avis doit être présent aux repas c'est pour aider les pensionnaires, les encadrer. Certaines charges de travail IDE peuvent aussi être faites par un autre personnel comme la pharmacie par exemple et la gestion du médicament. J'espère pouvoir également participer à l'élaboration du nouveau pôle de gériatrie en ayant toujours comme objectif l'amélioration de la prise en charge et la fin de vie de nos « anciens ». « Il serait souhaitable d'avoir plus de personnel afin de fournir un travail de plus grande qualité et pour ce qui concerne le travail de nuit, veiller à ce que les résidents ne soient pas levés aussi tôt. » « Il est regrettable que les ASH ne participent pas aux transmissions car elles sont en contact quasi-permanent avec les pensionnaires (préparation et distribution des repas, réponse aux sonnettes, change des personnes âgées si besoin...) De plus elles font parfois fonction d'AS. Ce qui provoque le sentiment de rejet de l'équipe, quotidien pendant ce moment. Et pourtant tous ont besoin de nous (pensionnaires+restant de l'équipe). » « Limiter les charges de travail et tâches annexes afin de permettre au personnel de plus s'investir auprès des résidents. Permettre au personnel de pouvoir changer à l'intérieur de l'établissement plus facilement. » « Malgré les travaux effectués en maison de retraite, les conditions de travail sont lourdes, par manque de personnel. Les résidents se sentent moins écoutés. Ils se rendent compte de ce malaise et l'ont souvent exprimé par manque de temps de notre part. Malgré notre bonne volonté de satisfaire leurs besoins, nous désirons que cela change, car cela est bien regrettable, il faudrait remédier à tout cela en ayant une structure plus adaptée et plus de

personnel. J'espère avoir satisfait ce questionnaire pour qu'à l'avenir il y ait enfin une nette amélioration à tout cela et qu'enfin tout le monde y trouve son bien être et la qualité de vie pour tous. » « La maison de retraite n'étant pas à proximité du centre, il serait bien de réfléchir à une navette pour les résidents qui souhaiteraient faire des achats. » « Un accès facile aux urgences. » « IDE la nuit. » « Prévoir un local pour les résidents qui fument. » « Par une augmentation de la charge de travail et un manque de personnel certains résidents sont levés trop tôt pour les toilettes, soins. » « Il serait bien que la nouvelle maison de retraite soit placée dans un endroit qui participe à la vie quotidienne (proche du centre de La Mure) pour faciliter les échanges sociaux (personnes âgées/vie active). » « Qu'elle soit entourée d'un espace vert agréable et spacieux qui permettrait de pouvoir faire un petit jardinet « avec les résidents ». » « Qu'il y ait une salle d'animation spécialement prévue à cet effet. » « La lustreuse ne devrait pas être passée la nuit, respect du sommeil. »

« Personnellement je veux rester en maison de retraite. Tout en acceptant de faire quelques jours dans les unités Alzheimer, ou l'accueil de jour. Mais je refuse de tourner en long séjour (où dans les autres services). Je pense que si tous les agents de l'hôpital tournent d'un service à l'autre continuellement ce n'est pas bon ni pour la direction ni pour les patients :

- les patients ont besoin de repères (surtout les personnes âgées) ;
- les agents ne s'impliqueront pas dans les projets étant de passage. »

« Excellente idée pour cette restructuration car on se sentira moins isolé. Je connais très peu de personnes de l'hôpital. Pour le résident ce sera mieux aussi. Il sera plus en sécurité, surtout la nuit. » « Des salles de rangement fonctionnelles ; Une salle de pause accueillante (salle de réunion) ; Mobilier adapté, coloré surtout pour la salle repas ; Réunion famille et personnel ; Intégrer les familles dans les projets d'animation ; Psychologue, psychiatre, réunion équipe, famille ; Accueil de jour 10 places ? ; Chambre individuelle ; Salon de coiffure ouvert sur l'extérieur ; Lieu de rencontre, style cafétéria pour tout le monde ; Salle d'animation -> salle de fête, cinéma, exposition ; Eloignement du centre ville, un lieu d'achat (savon, eau de Cologne, bonbons...) ; Un système pour que les résidents aient leurs repas chauds servis en chambre, le temps que l'on vienne pour donner le repas ; Une décoration adaptée (repère temps, salle repas, décoration fruits, légumes, signalétique...) ; Un système d'accrochage pour les couloirs ; Eclairage adapté ; Lumière reposante ; Fontaine à eau ; Bâtiment écologique. » « Je pense que la bonne marche du CH commence déjà par l'accueil du personnel lors du recrutement. Que le personnel en ce moment est en état d'épuisement physique et moral tant par le manque de personnel que par les mauvaises conditions de travail. » « En faisant signer des contrats d'un mois ou 6 mois vous ne donnez pas aux personnels l'envie de s'investir totalement dans votre établissement car avec des petits contrats au bout de plusieurs années de travail chez vous sans être titularisé c'est un peu comme si on ne nous faisait pas confiance. » « Vous devriez aussi valoriser un peu plus les ASH, à savoir que l'on pourrait nous aussi être référente d'un résident. On nous demande de l'aide pour certaines choses, pour d'autres on nous laisse un peu de côté alors qu'on nous parle d'esprit ou de travail d'équipe. »