



**AFFIRMER L'AUTONOMIE RELATIONNELLE DES
PERSONNES AGEES EN EHPAD : L'OPPORTUNITE D'UNE
REHABILITATION DES LOCAUX**

**LE CHOIX D'UNE DEMARCHE COLLABORATIVE POUR ACCOMPAGNER LE
CHANGEMENT**

Julie HAZARD

2024

cafedes

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier Mme Patte, qui a tant compté dans mon cheminement au cours de cette formation et durant l'élaboration de ce mémoire. Sa confiance, ses conseils avisés et sa supervision bienveillante m'ont été précieux.

Je tiens à remercier toute l'équipe de direction de l'EHPAD Saint Joseph pour leur appui, l'ensemble des professionnels de l'établissement pour leur accueil et bien sûr les habitants de l'EHPAD pour leur disponibilité et leur sympathie.

Un grand merci à Sophie et son équipe, de nous avoir accompagnés pendant toute cette aventure.

Une pensée particulière pour Grégory et Colette pour leur soutien indéfectible au quotidien.

Merci à tous les collègues de la promotion. Astrid, Camille, Emmanuel, Kathy, Nicolas et Sabine : nos échanges, nos rires et vos encouragements ont été une composante essentielle de ce parcours.

Sommaire

Introduction	1
1 L'EHPAD, un modèle à réinventer face aux évolutions du public	3
1.1 Des politiques publiques au service du bien vieillir	3
1.1.1 Les pratiques et l'émergence des politiques au service de la vieillesse	3
1.1.2 Une vision incapacitante de la vieillesse.....	4
1.1.3 De la loi d'adaptation de la société au vieillissement au concept du « bien vieillir »	7
1.2 Une évolution sociodémographique du public	9
1.2.1 Une bombe démographique	9
1.2.2 Les papy-boomers, une nouvelle voix	10
1.2.3 Une « explosion » à modérer.....	13
1.3 Le modèle de l'EHPAD	14
1.3.1 Caractéristiques et missions.....	14
1.3.2 Les spécificités d'un public hétérogène et en évolution	16
1.3.3 Vers une « humanisation » des pratiques.....	18
2 L'opportunité d'un projet de réhabilitation des locaux	25
2.1 Un établissement ancien et familial	25
2.1.1 Présentation de l'établissement.....	25
2.1.2 La vie sociale au sein de l'établissement.....	30
2.1.3 L'ouverture sur l'extérieur et l'ancrage territorial	35
2.2 Diagnostic immobilier et architectural.....	36
2.2.1 Baux.....	37
2.2.2 Distribution des bâtiments	37
2.2.3 Répartition fonctionnelle et contraintes structurelles	38
2.2.4 Dans l'attente de la réalisation du projet, engager tout de même l'établissement vers sa modernisation	39
2.3 Des circonstances favorables au développement	41
2.3.1 Des sources de financements mobilisables	41
2.3.2 La reprise de 15 places	43
2.3.3 Renforcer les équilibres financiers.....	43
3 De l'idée au programme, un cheminement collectif	45

3.1	Mise en place du projet	45
3.1.1	Un constat, une ambition, des orientations.....	45
3.1.2	L'assistance à maîtrise d'usage, une approche transversale et collaborative .	47
3.1.3	Méthodologie et synthèse de la programmation du préprojet	49
3.2	La conduite de l'avant-projet	51
3.2.1	Les comités d'usage et technique	52
3.2.2	Les besoins et attentes des personnes	53
3.2.3	Continuer de tisser des liens entre l'établissement et son environnement.....	54
3.2.4	Validation par les parties prenantes d'un scenario	55
3.2.5	Consolidation budgétaire, planification et évaluation	56
3.3	Au-delà du projet, s'inscrire dans une démarche qualité et responsabilité sociétale des organisations	59
3.3.1	Manager le changement	59
3.3.2	Piloter la démarche d'amélioration continue et la qualité et travailler sur les différents niveaux de projets	60
3.3.3	Engager l'établissement dans une démarche « responsabilité sociétale des organisations »	62
	Conclusion	67
	Bibliographie.....	71
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AES	Accompagnant éducatif et social
AGGIR	Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources
AMO	Assistance à maîtrise d'ouvrage
AMU	Assistance à maîtrise d'usage
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASG	Assistant de soins en gérontologie
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ASL	Agent des services logistiques
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CA	Conseil d'administration
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CD	Conseil départemental
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRT	Centre de ressource territorial
CSE	Comité social et économique
CVS	Conseil de vie sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
GMP	Gir Moyen Pondéré
HAS	Haute autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
MDPH	Maison Départementale des personnes handicapées
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PPI	Projet personnel individualisé
QVCT	Qualité de vie et des conditions de travail
RPS	Risques psycho-sociaux
RSE	Responsabilité sociétale des entreprises
RSO	Responsabilité sociale des organisations
TNM	Thérapies non médicamenteuses
USLD	Unité de soins longue durée
UVP	Unité de vie protégée

Introduction

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont sous le feu des projecteurs depuis maintenant plusieurs années. Les difficultés à attirer et fidéliser des professionnels qualifiés, les scandales financiers et les déficits chroniques de nombreux établissements, les cas médiatisés de maltraitance et la montée d'une nouvelle voix dans la société civile, celle des seniors et leurs aidants vient aujourd'hui bouleverser le monde *a priori* si paisible de la dépendance. La société civile, les médias et personnalités politiques sont aujourd'hui aux prises avec un sujet qui intéressait peu il y a encore quelques années.

Les EHPADs sont sur les bancs des accusés, la qualité des prises en charge au sein des établissements est interrogée. Cela explique peut-être que peu de personnes, pour eux-mêmes ou leurs proches envisagent de terminer leurs jours au sein d'un EHPAD. Comment casser cette terrible image d'Epinal de l'EHPAD lieu de solitude et d'enfermement ? Même si les établissements ont beaucoup évolué, la représentation demeure, rendant les choix d'aidants en grande difficultés de plus en plus difficiles.

Le questionnement sociétal autour du sort réservé aux plus âgés au sein de la société vient percuter et interroger les pratiques professionnelles, dans un secteur où, recruter est plus difficile que jamais et où fidéliser les professionnels est un véritable défi au quotidien pour les managers sur le terrain. Les reports continuels d'une grande loi ambitieuse sur le grand âge viennent exacerber le sentiment d'abandon et le manque de reconnaissance des professionnels.

Quels sont les impacts directs dans les établissements ? Comment anticiper les mutations à venir du secteur en tant que directrice d'EHPAD ? Les enjeux sont forts pour un mono-établissement comme l'EHPAD Saint-Joseph de Cagny dont j'assume la direction. Le taux d'occupation y est excellent depuis de nombreuses années, reflet de l'excellente réputation de l'établissement, de sa qualité de soins et garantie de sa stabilité financière. Néanmoins les aspirations du public accueilli changent et le modèle de l'EHPAD, à l'heure du virage domiciliaire, du développement des résidences autonomie et de l'habitat inclusif est remis en question. La notion de domicile évolue et doit aujourd'hui s'intégrer dans une dynamique de parcours. Les associations représentantes des personnes concernées se font aujourd'hui de plus en plus entendre mais peinent encore à peser faute de relais et de coordination assez puissants. Les politiques publiques évoluent en faveur de ce qu'on appelle aujourd'hui le « bien vieillir ». Qu'en est-il réellement et comment le mettre en œuvre dans notre établissement ?

Traduire ma vision de directrice pour l'établissement pour les années à venir exige de se placer dans une démarche prospective, potentiellement arbitraire. Néanmoins en analysant les tendances et processus à l'œuvre pour tenter d'imaginer les scénarii futurs en minimisant les risques nous garantirait à l'avenir une place dans un univers qui tend à devenir de plus en plus concurrentiel.

Je fais ici le postulat que penser les rapports entre architecture et bien être des personnes accueillies, ne plus imaginer la dichotomie lieu de soin lieu / lieu de vie comme un clivage mais plutôt comme un continuum serait favorable au bien être des personnes concernées en établissement. Avec une ambition, leur redonner de l'autonomie. Une autonomie pensée comme un rapport indéfectible à l'autre, où la voix de chacun est considérée. Par ricochet, l'impact serait également positif sur la qualité de vie au travail des professionnels, en leur redonnant également place et autonomie dans l'institution. Il faut pour cela se saisir des opportunités tout en répondant au mieux aux besoins des personnes. Ainsi, proposer une réhabilitation d'envergure de nos locaux pourrait répondre à nos défis sur le long terme.

Je vous propose donc dans le cadre de ce travail de venir dans un premier temps comprendre et anticiper les mutations du secteur, dans un second temps, je poserai un diagnostic stratégique sur l'établissement dont j'ai la responsabilité pour enfin dans un troisième temps proposer un cap pour mettre en œuvre et partager cette stratégie.

1 L'EHPAD, un modèle à réinventer face aux évolutions du public

Occuper des fonctions de direction au sein d'un EHPAD aujourd'hui m'oblige à anticiper les besoins et comprendre l'environnement volatile et complexe qui nous entoure pour préparer les transformations nécessaires. C'est pourquoi il est intéressant de commencer par regarder en arrière, pour comprendre comment se sont construits les EHPADs et de quelles politiques publiques ils relèvent.

1.1 Des politiques publiques au service du bien vieillir

1.1.1 Les pratiques et l'émergence des politiques au service de la vieillesse

La prise en charge des personnes âgées vulnérables par l'action publique est ancienne au regard d'autres politiques publiques. Son évolution reflète des changements sociaux, économiques et politiques : elle a évolué d'un modèle basé sur la charité et les solidarités familiales vers un système complexe et structuré de sécurité sociale et de service public.

Depuis toujours la famille est le lieu de la prise en charge de la vieillesse. Premier cercle de solidarité, la famille prend en charge ses ascendants et il a longtemps été tout à fait normal de voir plusieurs générations cohabiter sous un même toit. Au Moyen-Âge le système politique s'est organisé pour ceux exclus de ces solidarités intra-familiales : c'est alors le principe de charité qui a longtemps dominé l'assistance publique, avec des communautés et confréries religieuses à la tête de l'administration d'œuvres hospitalières. Il s'agissait de lieux reclus du monde, prenant en charge tous ceux mis au ban de la cité. Malades et infirmes, indigents, vieillards et les enfants orphelins ou abandonnés forment la population hétéroclite de ces lieux. Le fonctionnement de ces hospices repose alors uniquement sur la charité individuelle et ressemble fortement, même architecturalement, au système ecclésiastique. Il s'agit alors d'accueillir les personnes, de leur offrir le gîte et le couvert, la notion de soin est complètement absente.

De la renaissance à la Révolution de 1789 nous voyons émerger les prémices de l'assistance publique. L'Etat commence à intervenir sommairement en faveur des plus démunis par le biais des collectivités locales, les villes principalement.

Le XIXème siècle et la révolution industrielle sont venus bouleverser les structures familiales classiques : l'urbanisation, l'industrialisation et des conditions de travail difficiles ont profondément changé la structure sociale de la société française, avec notamment l'émergence d'une nouvelle classe sociale ouvrière. La question de la place des plus âgés dans la société commence à se poser comme un problème social. Rapidement les organisations syndicales et ouvrières ont revendiqué des droits et protections : vient alors le temps de la solidarité et de la protection sociale dans son acceptation moderne avec la

création d'hospices porté par l'Etat, à destination notamment des plus âgés pauvres et la création des premières pensions de retraites.

La création de la sécurité sociale au sortir de la Seconde Guerre mondiale marque un tournant dans la prise en charge de la vieillesse en France : l'introduction d'un système de retraite pour les travailleurs est financé par les cotisations sociales et l'interventionnisme de l'Etat au service des plus vulnérables se renforce. Parallèlement l'hôpital se professionnalise et la médecine y devient reine ; les personnes âgées n'y ont plus leur place. Ces changements s'accompagnent d'une prise de conscience liée à l'essor de la démographie : émerge l'idée de vieillissement de la population et de son corollaire, un déséquilibre sociétal et une difficulté à financer le phénomène. Cet élément est important car il vient marquer durablement le champ de la vieillesse et les représentations qui y sont liées : la vieillesse est perçue comme un problème démographique qui engendre un problème sociétal.

1.1.2 Une vision incapacitante de la vieillesse

Des années 1950 au début des années 2000, les politiques publiques du secteur de la vieillesse se sont principalement concentrées sur deux grandes orientations : la dégradation de l'état de santé des plus de 60 ans et leur solvabilité.

Jusqu'aux années 1960 les politiques publiques en la matière se sont essentiellement bornées en l'élargissement et la généralisation du système de retraite et à la mise en place de solidarités envers les plus démunis. Les années 1960 sont marquées par l'augmentation de la durée de vie et la baisse des solidarités intergénérationnelles. En 1962, le « livre blanc sur la vieillesse » plus connu sous le nom de « rapport Laroque » est commandé par le gouvernement Debré, aux prises avec les nouveaux défis d'après-guerre face à l'augmentation du nombre de personnes âgées et leurs besoins croissants en matière de soins, de logement adapté ou encore de soutien social. Le rapport qui crée l'expression « politique de la vieillesse » jette un cri d'alarme et sort le problème de la sphère privée. Il vient poser des préconisations essentielles et nécessaires à la mise en place d'une réelle prise en charge de la vieillesse et poser les jalons d'un nouveau champ d'application des politiques publiques : très novateur pour l'époque, il aborde la vieillesse de manière globaliste. Il préconise notamment d'agir sur les retraites et minimum vieillesse, l'adaptation des logements, les solutions favorisant le maintien à domicile, la création de structures d'accueil adaptées et il vient même souligner la nécessité de lutter contre l'isolement social (Laroque, 1962). Ce rapport vient également créer une catégorie sociale nouvelle, en se reposant sur la notion d'âge : « les personnes âgées » sont désormais en France les plus de 65 ans (Laroque, 1962 :221) avec une sous catégorisation entre les valides et les invalides (plus de 75 ans) pour lesquels il faut développer des établissements spécialisés. Cette catégorisation marque malgré elle le début de la réification des personnes

concernées. Néanmoins, même s'il est longtemps resté un document de référence, toutes les recommandations du rapport n'ont pas été suivies d'effets. Parallèlement, dans les années 1960, la gérontologie devient une discipline émergente qui s'intéresse aux différents aspects du vieillissement et la gériatrie s'établit dans les années 1970. Ces deux disciplines nouvelles connaîtront un essor rapide face aux problèmes de santé complexes de la population vieillissante.

Les années 1970, années de la planification stratégique en France, voient émerger respectivement le Vème et VIème plan en 1966 et 1971. Le Vème plan s'intéresse principalement à la vieillesse à travers un angle économique, soulignant la baisse du taux d'activité des personnes de plus de 65 ans et leurs difficultés financières. Pour ce qui concerne le VIème plan, même si la déclaration d'intention liminaire propose une vision globale de la vieillesse « permettre aux personnes âgées de demeurer, dans tous les cas où cela est possible, au sein de leur milieu de vie habituel et en contact avec les autres classes d'âge et l'ensemble de la population » (VIème Plan du développement économique et social, 1971 :91), les seuls effets se porteront sur le développement des services d'aides ménagères et de services de soins à domicile dans le but de stabiliser le nombre de personnes hébergées en institution.

Peu après la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est venue jouer un rôle fondamental pour les établissements accueillant des personnes âgées, encore hôpitaux ou hospices et jusqu'alors peu clairement définis : elle a permis d'encadrer les activités des établissements accueillants des personnes âgées, d'améliorer la qualité des soins et services, de renforcer les droits des personnes accueillies et d'augmenter le niveau de compétences et professionnaliser les intervenants du secteur. Parallèlement les unités de soins longues durée spécialisées pour les personnes âgées les plus dépendantes se développent dans les hôpitaux. Cela va marquer le début de la prise en charge de la vieillesse par le personnel soignant et le début de la médicalisation en institution.

Les années 1980 signent en France la fin des trente glorieuses avec un net ralentissement de la croissance économique ; petit à petit le déficit de la sécurité sociale se creuse, venant grever les budgets dédiés aux personnes âgées. On s'éloigne dès lors de l'esprit du rapport Laroque : une vision incapacitante et invalidante de la vieillesse s'instaure peu à peu et vient instiller tout le secteur des personnes âgées. Les politiques trouvent alors comme interlocuteurs privilégiés les gériatres avec leurs discours scientifiques rassurants d'experts sur le vieillissement et leurs grilles d'évaluation et de mesure de la dépendance. La loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 vient instaurer l'allocation de prestation spécifique dépendance, qui vient se substituer à l'allocation compensatrice pour tierce personnes (ATCP). Le public en situation de handicap et les personnes de plus de 60 ans sont dissociés. Désormais une personne rentre dans l'une ou l'autre de ces classifications de l'administration, ce ne peut être cumulatif. L'ATCP est alors uniquement réservée aux

personnes en situation de handicap de moins de 60 ans (aujourd'hui la Prestation Compensation Handicap, dite PCH, est venue la remplacer au 1^{er} janvier 2006).

Plus récemment, la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 créant l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) vient réviser la grille d'évaluation AGIRR et la coupler à un plan d'aide pour la personne accompagnée, sur un modèle similaire adopté depuis déjà de nombreuses années dans le secteur du handicap.

En 2002, la loi n° 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale vient renforcer la participation sociale des personnes accueillies en établissement ainsi que leurs droits et libertés, avec notamment la création des conseils de vie sociale (CVS). Cette loi vient donc soutenir l'autonomie juridique des personnes accompagnées. Elle marque également un tournant majeur pour les établissements qui nous intéressent ici : les maisons de retraite deviennent progressivement des EHPADs, achevant près de 30 ans après les ambitions de la loi n° 75-535 de 1975 qui visait à transformer progressivement les hospices en maison de retraite médicalisées ou non. Les EHPADs se voient allouer des financements plus importants que les maisons de retraite classiques du fait de la plus grande dépendance des personnes accueillies. En conséquence les exigences en matière de plateaux techniques et de qualité de soins augmentent et les équipes auprès des personnes deviennent peu à peu quasi exclusivement médicales ou paramédicales (médecins, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie principalement). On passe ainsi dans une véritable logique de long term care pour les personnes âgées.

La canicule de 2003 a été pour l'ensemble de la société un choc et a fait prendre conscience de la vulnérabilité et de l'isolement des plus âgés. En 14 jours, on assiste à une surmortalité de + 105% chez les plus de 85 ans en France métropolitaine (Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale, 2004 :29). Politiquement, elle débouche sur la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cette dernière est chargée de coordonner au mieux les dispositifs et établit le cadre de financement de la dépendance (collecte et distribue aux départements les fonds pour la PCH et l'APA). La loi du 30 juin 2004, avec l'instauration de la journée de solidarité est également venue doter le secteur de ressources supplémentaires de manière innovante.

Peu après la loi n° 2009-879 hôpital, patients, santé, territoire dite loi HPST de 2009 s'est principalement axée sur la modernisation, le renforcement de la qualité et de la coordination des soins. Elle vient également améliorer la démocratie sanitaire et a renforcé le pouvoir de supervision des agences régionales de santé (ARS).

Néanmoins, face au défi croissant représenté par la dépendance en France, ces nouveaux moyens se sont rapidement révélés insuffisants.

1.1.3 De la loi d'adaptation de la société au vieillissement au concept du « bien vieillir »

Comme je le soulignais précédemment, les politiques publiques au service des personnes âgées et celles encadrant l'activité et le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées s'inscrivent dans un paradigme incapacitant de la vieillesse. Cette vision s'est traduite concrètement par une évaluation essentiellement médicale des besoins des personnes en institution et une montée en compétences sur le plan médical et paramédical des équipes des structures, qu'elles relèvent du domicile ou de l'institution.

L'apparition d'une nouvelle manière d'appréhender le vieillissement à travers le concept du « bien vieillir » a commencé à émerger dans les 1980 et était lié à l'idée d'un vieillissement réussi, c'est-à-dire non pathologique. Le bien vieillir vient individualiser les responsabilités et place la prévention au centre des politiques.

Le concept a aujourd'hui évolué et est au cœur de toutes les préoccupations. On entre en effet dans une approche plus holistique, marquant une rupture face au modèle ne prenant pas en compte qu'un aspect de la vie de la personne, en considérant son état de santé mais aussi son état psychique, son entourage et son environnement. Philippe Bas, alors Ministre délégué aux personnes âgées a nommé son grand plan national 2007-2009 « Bien Vieillir » qu'il caractérise comme une forme de bien-être subjectif conjuguant habilités comportementales, satisfaction psychique et qualité de vie (Bas, 2007 :5).

La loi n°2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite loi ASV de 2015 qui s'attache à octroyer une aide à l'accompagnement au domicile, aux transports et qui reconnaît une place aux aidants s'inscrit pleinement dans ce nouveau paradigme. Dans la continuité des travaux initiés depuis le début des années 2000, les idées de prévention et d'individualisation des parcours sont désormais au centre des politiques vieillesse. Dans l'attente d'une grande loi réformatrice du secteur et porteuse de moyens, nombreux sont les espoirs portés par cette idée du bien vieillir, où les personnes de plus 65 ans ne sont plus perçues comme un problème à traiter mais plutôt comme des personnes à réintégrer car trop longtemps mises au ban depuis les années 1970. Le rapport Libault de 2019 propose d'ailleurs de poser un nouveau regard sur le grand âge, au cœur de notre pacte social et fournir la matière d'une nouvelle base de la politique du grand âge en France, visant à passer « d'une gestion de la dépendance à un véritable soutien à l'autonomie » (Libault, 2019 :144). Il y souligne également que l'initiative ne peut être que législative, en ce sens en tant que directrice d'EHPAD, j'ai ma part de responsabilité à porter sur le sujet.

Peu après, le Conseil National de la Refondation, dont on ne sait si les propositions déboucheront un jour sur des actions concrètes en a d'ailleurs fait l'un de ses chantiers prioritaires avec la « fabrique du bien vieillir ». Ce chantier stratégique se décline en 3

axes : adapter la société au vieillissement, promouvoir le lien social et la citoyenneté et valoriser les métiers. Il me semble que l'établissement de type EHPAD que je dirige est pleinement concerné par ces deux derniers axes et je trouve certaines propositions particulièrement pertinentes comme « inclure la variable de l'isolement relationnel dans les processus d'évaluation de la perte d'autonomie », « labelliser « anti-isolement » des lieux de convivialité et de partage se reconnaissant dans une charte d'engagement partagée » ou encore « encourager une large ouverture des établissements d'hébergement vers leur environnement immédiat et vers les projets à visée intergénérationnelle » (Conseil National de la Refondation, 2023 :4-5).

Il y a également urgence à repenser l'attractivité des EHPADs pour maintenir la pérennité du modèle. Même si pour l'heure l'établissement Saint Joseph de Cagny ne souffre pas de difficultés en matière de taux d'occupation, rien n'est moins certain quant à l'avenir. Comme je le soulignais en introduction, la crise sanitaire de 2020 et la parution du livre enquête de Victor Castanet sur le système Orpéa (aujourd'hui groupe Eméis) a terminé d'instaurer une relation de grande défiance, voire méfiance du grand public envers les EHPADs. En 2024, 60% des sondés par l'IFOP en juin 2024 pour leur 6^{ème} vague du baromètre sur le secteur du grand âge ont une mauvaise opinion des EHPADs, qu'ils soient public ou privés. Le secteur du domicile lui s'en sort mieux, avec seulement 21% d'opinions négatives. Ils ne sont plus que 42% à avoir cette image négative de l'EHPAD privé pour les sondés qui ont un proche en perte d'autonomie accueilli en établissement (étude IFOP, 2024). On peut donc espérer que les pratiques en cours ont finalement plutôt tendance à rassurer les personnes concernées et leurs proches, montrant un écart entre les représentations et le vécu des personnes. A la suite de ces scandales, les pouvoirs publics ont de leur côté renforcé les contrôles des EHPADs via des inspections conjointes des ARS et des conseils départementaux (CD). De même, la nouvelle procédure d'évaluation de la Haute autorité de santé (HAS) vient renforcer la rythmicité de la procédure : chaque établissement sera désormais évalué tous les cinq ans.

Ainsi, l'on peut souligner que pendant longtemps, les politiques publiques liées à la vieillesse ont fait de cette catégorie sociale un problème démographique et économique, sans s'attarder particulièrement à la dimension sociale du phénomène et à la place occupée par les plus de 60 ans dans la société. Aujourd'hui l'évolution démographique force les pouvoirs publics à appréhender cette population sous un angle nouveau. Ne plus considérer les plus âgées comme un poids pour la société est le défi de demain, qui nécessite de nouvelles orientations stratégiques. D'autant plus que l'évolution socio-démographique du public dans les années à venir va amener des bouleversements des équilibres sociaux mais aussi économiques : le questionnement autour des questions du financement de la dépendance, les débats autour des retraites ou de la fin de vie occupent aujourd'hui la place publique. Ils illustrent bien l'inquiétude de chacun face à ces questions

et l'importance de trouver des solutions. D'ailleurs comme de nombreuses politiques publiques actuellement, les questions liées au vieillissement nous mettent face à un choix, s'agit-il d'un enjeu sociétal de cohésion sociale, la vieillesse doit-elle être un lieu de solidarité nécessaire à instituer collectivement, ou faisons-nous appel à la responsabilité individuelle de chacun, dans sa cellule intra familiale ? Cela amène un questionnement de fond sur le bilan intergénérationnel d'une politique budgétaire et sociale, et de son équilibre.

En ce sens la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie tant attendue a été reconnue comme un signal positif par les professionnels du secteur. Néanmoins elle est considérée comme trop peu ambitieuse et ne répond pas aux besoins faute de moyens supplémentaires alloués et de réforme structurelle.

1.2 Une évolution sociodémographique du public

Le public du secteur de la dépendance et de la perte d'autonomie est actuellement marqué par un double facteur d'évolution : le changement est d'ordre démographique et sociologique.

1.2.1 Une bombe démographique

C'est une donnée démographique qui commence à être bien connue de tous aujourd'hui : la population française est vieillissante. Mais qu'est-ce que cela veut dire concrètement et quelles en sont les incidences à venir dans les prochaines années dans l'accueil du public en EHPAD ?

La situation démographique française n'est pas une exception, « pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les personnes âgées sont plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans et, d'après les projections des Nations Unies, elles sont appelées à devenir deux fois plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2050 » (rapport OMS, 2020 :1). En France, les décennies à venir seront marquées par un vieillissement général de la population jusqu'aux années 2050, et ce sous l'effet d'une double dynamique. D'une part, l'avancée en âge de la génération des baby-boomers (personnes nées entre 1946 et 1974) va venir bouleverser le paysage démographique des décennies à venir en augmentant largement la part des plus de 65 ans dans la population. D'autre part, l'augmentation de l'espérance de vie augmente sensiblement la proportion de personnes âgées dans la population générale (le nombre de personnes de plus de 75 ans va doubler en 2070 par rapport à aujourd'hui et les plus de 85 ans (grand âge), qui sont actuellement 2 millions seront un plus de 5 millions en 2050 (Guedj *et al.*, 2018 :9-11). En d'autres termes, l'augmentation de la population française dans les prochaines décennies sera caractérisée par le vieillissement de la population et particulièrement l'explosion du nombre des plus âgés (85 ans et plus). Si la plupart des rapports et publications

commencent leurs prospectives à l'horizon 2030, c'est parce qu'il s'agit de l'année charnière où les premiers baby-boomers de 1945 entreront dans le grand âge et auront 85 ans. Pour la première fois, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans (*Op. cit.* : 11). Autrement dit demain s'il l'on souhaite se positionner de manière stratégique en réponse aux besoins des personnes concernées.

Sur territoire de la Somme, où est implanté l'établissement que je dirige, on observe des tendances démographiques similaires, avec un vieillissement régulier de la population faisant émerger un besoin croissant : « Près de 25 % de la population départementale a plus de 60 ans et 9 % plus de 75 ans. Selon les projections réalisées, à l'horizon 2050, la population de la Somme augmenterait d'environ 900 habitants supplémentaires par an pour atteindre environ 605 000 habitants à l'horizon 2050. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus pourrait atteindre 26,7 % en 2050, soit environ 10 points de plus qu'en 2013 (sources INSEE 2018). Les projections réalisées au niveau de la région des Hauts de France tendent vers une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de 48% sur toute la période 2015-2050 » (schéma CD Somme, 2023 :8).

Évolution de la population de la Somme par tranches d'âges

	2008	%	2013	%	2019	%
Ensemble	568 086	100	571 675	100	570 559	100
0 à 14 ans	104 906	18,5	105 380	18,4	100 177	17,6
15 à 29 ans	112 428	19,8	108 988	19,1	106 692	18,7
30 à 44 ans	114 666	20,2	108 638	19	102 449	18
45 à 59 ans	114 590	20,2	112 634	19,7	112 340	19,7
60 à 74 ans	74 014	13	85 509	15	97 340	17,1
75 ans ou plus	47 482	8,4	50 526	8,8	51 561	9

Sources : Insee, RP2013 ET RP2019, exploitations principales, géographie au 01/01/2022

(*op. cite* :8)

Après plusieurs années d'une politique d'extension, la création de nouvelles places d'hébergement n'est pas prévue par les plans départementaux et les schémas régionaux de santé de notre région. Face à l'enjeu sociétal du vieillissement de la population, les places d'hébergement en EHPAD existantes doivent néanmoins être maintenues. Aujourd'hui la place est octroyée à l'adaptation de la société au vieillissement : les créations de places d'habitat dit alternatif (résidence services, autonomie et habitat inclusif), le développement des centres de ressources territoriaux (CRT) et le renforcement des coopérations institutionnelles entre domicile et établissement en seront les outils.

1.2.2 Les papy-boomers, une nouvelle voix

Lorsque l'on cherche à décrire une population, un public, il est courant de s'attarder sur ses caractéristiques démographiques et administratives. Je souhaiterais ici aller au-

delà pour tenter de comprendre ces personnes qui ne forment pas un tout homogène. L'OMS définit le vieillissement ainsi : « Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire. » (Site OMS, 2022). Cette définition montre bien à quel point nous sommes face à un phénomène multifactoriel, qui ne peut s'appréhender pleinement que s'il l'on considère à la fois des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Dans le cas du public accueilli en EHPAD, et particulièrement celui qui sera accueilli dans les années à venir, on assiste, au-delà d'une augmentation numérique, à un changement d'ordre sociologique qui n'est pas des moindres. Le profil des personnes accueillies dans les établissements va profondément changer et va de fait venir bousculer les pratiques qui ont cours dans les établissements. Être vieux aujourd'hui et demain ne signifie pas la même chose qu'hier. Commenter cette évolution permet selon moi de contextualiser l'évolution démographique sous un angle différent. En effet, l'arrivée des baby-boomers marque l'arrivée d'une nouvelle génération. Celle d'avant, parfois désignée comme « la génération silencieuse » est une génération qui a été profondément marquée par les privations de la Seconde Guerre mondiale et est souvent caractérisée par ses valeurs traditionalistes : la famille, la valeur travail ou encore la sécurité. Enfin, le nom même de génération silencieuse vient souligner une tendance à ne pas être dans la revendication et à se contenter de l'existant.

La génération des papy-boomers qui vient peu à peu la remplacer présente des caractéristiques nouvelles et n'appréhende pas son vieillissement et sa place dans la société de la même manière que leurs prédécesseurs. A 20 ans, les boomers écoutaient les Beatles ou les Rolling Stones et jetaient potentiellement des pavés en mai 1968. Libres, autonomes, consuméristes, instruits, connectés et particulièrement attachés à leurs droits : même s'ils ne forment pas un tout homogène, force est de constater que cette génération de nouveaux vieux n'acceptera plus comme une fatalité les discriminations liées à l'âge et affirmera ses volontés jusqu'au bout de sa vie. Ils vont faire évoluer également les pratiques en EHPAD avec leur arrivée et il n'est pas imaginable de continuer à proposer des animations autour du bal musette ou de jeux de cartes comme c'est encore souvent le cas aujourd'hui. Cette génération a connu une révolution sociétale, elle révolutionnera également l'EHPAD.

Une donnée importante est également le niveau de vie des personnes âgées. Même si les personnes en situation de fragilité économique sont de plus en plus nombreuses, il faut souligner que les personnes de plus de 75 ans ont un niveau de vie globalement plus faible mais un taux de pauvreté inférieur à la moyenne de la population. En 2016, le niveau de vie médian des personnes de 75 ans ou plus était de 20 160 € par an, soit 1 680 € par mois, ce revenu tendance a tendance à décroître avec l'âge (Guillaneuf *et al.*, 2023). On peut mettre cette information en corrélation avec les tarifs hébergement des EHPADs. En 2023, le prix moyen journalier en EHPAD était de 63,50 € pour une chambre habilitée à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et 95,60 € pour une chambre non habilitée (site de la CNSA, 2024).

Sur le plan de la citoyenneté, on note dans la société civile l'émergence d'une nouvelle voix qui illustre les volontés nouvelles de cette génération : des associations de personnes concernées et leurs aidants voient le jour et se montrent de plus en plus actives et affirment fièrement leurs positions militantes. On retrouve finalement bien des années après le même mouvement que celui qui a émergé dans le secteur du handicap et abouti aujourd'hui à une volonté claire : « rien pour nous sans nous » et avec tous les acteurs concernés comme le soulignait le rapport Piveteau du 15 février 2022. On peut citer, au-delà des associations historiques comme les Petits Frères des Pauvres l'émergence d'associations engagées de personnes concernées comme Old'Up, Vieux et Chez Soi, ou encore des initiatives comme le Conseil National Autoproclamé de la Vieillesse (CNaV). Porte-voix d'une nouvelle génération, leur message est souvent le même : promouvoir l'autodétermination et l'exercice de leur citoyenneté pleine et entière jusqu'au bout de la vie, le droit de vivre chez soi et le refus d'une approche dite « tout médical » de la vieillesse. Ces nouveaux acteurs vont peut-être à terme contribuer à mieux coordonner les acteurs du champ de la vieillesse jusqu'alors relativement dispersés. Et ce *a contrario* du monde du handicap qui parvient à se coordonner pour mener des luttes de fond (collectivité, hébergement, domicile, médecine).

Une autre particularité de ce public en évolution est qu'il est particulièrement connecté et le sera de plus en plus. Sans être des digital natives, ils ont vu l'émergence des technologies numériques et se les sont appropriées. Le résident passif pendant de longues heures devant son téléviseur ne le sera certainement plus en 2030. Attachés à leurs smartphones et tablettes comme tout un chacun, la fracture numérique ne sera pas la même qu'avec les seniors actuellement, les usages et taux d'équipements des seniors devenant peu à peu similaires à ceux de la population générale. Nous les voyons déjà d'ailleurs arriver peu à peu dans les établissements même si le territoire des Hauts de France reste celui le plus isolé numériquement (29% des plus de 60% n'utilisaient jamais internet en 2021) (Petits Frères des Pauvres, 2021 :58).

1.2.3 Une « explosion » à modérer

On retrouve souvent dans la littérature les expressions, « bombe démographique », « explosion » : il me semble essentiel de venir nuancer ce discours alarmant.

Certes, les gains d'espérance de vie sont continus bien qu'irréguliers. Néanmoins, ce gain d'espérance de vie ne s'accompagne pas comme on pourrait le penser d'une explosion en parallèle des personnes en perte d'autonomie et ce par un effet très simple : on vit aujourd'hui plus longtemps en bonne santé qu'hier, de fait la période de vie en incapacité ne s'allonge pas avec l'espérance de vie (Bagein *et al.*, 2022 :6). Globalement, ces dernières décennies la santé des personnes de plus de 60 ans a eu tendance à s'améliorer. Le dossier de la DREES de 2022 sur l'état de santé de la population en France souligne que : « l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans : entre 2009 et 2019, la première a augmenté de 2,1 ans contre 0,8 an pour la seconde chez les femmes, et de 1,4 an contre 1,2 an chez les hommes » (*Op.cite*, 2022 :6). Cette tendance s'explique par une meilleure prévention, à lier à une arrivée de plus en plus tardive de maladies handicapantes et une meilleure prise en charge de celles-ci. En revanche la chronicité et la prévalence des polyopathologies chez les plus de 75 ans présage d'une nécessité de prise en soins accrue à cet âge de la vie. Avec à ce titre certaines pathologies relevant de véritables problèmes de santé publique comme la maladie d'Alzheimer et autres formes de démences.

Ce phénomène s'observe d'ailleurs également en établissement, avec un âge moyen d'entrée en établissement de plus en plus élevé, bien loin de la limite administrative et chronologique des 60 ans. Pour donner une estimation chiffrée de cette évolution : « Du fait de la démographie, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va inéluctablement s'accroître même si les progrès de la médecine, les efforts de prévention et l'amélioration des conditions de vie peuvent contribuer à faire diminuer les taux de prévalence. La France devrait compter environ 20 000 personnes âgées en perte d'autonomie de plus chaque année d'ici 2030. Entre 2030 et 2040, le rythme s'accélérerait avec une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 40 000 » (Libault, 2019 :13). Une nouvelle fois, la population des plus de 60 ans ne forment pas un tout homogène et il est complexe de comparer une personne de 60 ans et une personne de 90 ans que 30 ans séparent. Les données ne sont pas les mêmes selon l'avancée en âge et l'augmentation du niveau de vie en France ces 80 dernières années a fortement contribué à améliorer l'état de santé général de la population française.

Comme je le précisais peu avant, rares sont les personnes qui envisagent leurs dernières années au sein d'un EHPAD. Le maintien à domicile et l'habitat dit alternatif (résidence services, autonomie ou habitat inclusif) ont le vent en poupe et la faveur des personnes concernées. Pourtant l'EHPAD, ce lieu de vie et de soins reste, dans notre

Le système de protection actuelle est une alternative inévitable pour les personnes en situation de « grande dépendance » comme le souligne le dernier rapport sur le sujet du Haut-commissariat au plan : « quand la dépendance est trop forte et touche les fonctions cognitives notamment, pour un grand nombre de personnes l'EHPAD et un accompagnement médicalisé se présentent comme la solution la plus adaptée. [...] La question n'est donc pas de savoir s'il faut ou non remplacer ces 7 400 structures qui, rappelons-le, ont l'avantage d'être réparties sur tout le territoire, de fonctionner 24h / 24 et de rassembler sur un seul lieu ressources médicales et paramédicales, prestations sociales adaptées et fonctions administratives structurées : la question est de savoir comment les faire évoluer afin de répondre aux besoins et attentes des personnes âgées de demain » (Haut-commissariat au plan, 2023 : 29). D'ailleurs les places d'hébergement en EHPAD ont sensiblement augmenté ces dernières années tandis que les places d'unités de soins longue durée (USLD) et d'établissement pour personnes âgées ont, elles, diminuées.

La question est donc claire selon moi en tant que directrice d'EHPAD : comment maintenir l'attractivité de l'établissement au regard des mutations du public et ne pas être perçue comme la solution du pire, mais au contraire, une solution adaptée selon le besoin et le parcours de la personne concernée, et ce pas seulement en matière de sécurité ou de soins.

1.3 Le modèle de l'EHPAD

Malgré l'ambition de la loi de 1975, ce n'est qu'en 2002 qu'émergent les EHPADs. Quelle différence s'opère entre ces nouveaux établissements et ces lieux qu'on appelait communément les hospices ? Quel rôle joue la médicalisation de ces établissements face aux publics accueillis aujourd'hui et quelles évolutions les politiques publiques invitent-elles ? Je vais ici essayer d'esquisser quelques éléments de réponses fondamentaux.

1.3.1 Caractéristiques et missions

Les EHPADs sont des structures d'hébergement adaptées habilitées à accueillir des personnes généralement âgées de 60 ans et plus (des dérogations pour des personnes de moins de 60 ans peuvent être délivrées par les conseils départementaux après un accord de la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH)). Ces personnes ont besoin d'aide et de soins au quotidien pour des raisons physiques ou psychiques. Les établissements ont pour mission de les accompagner à travers une prise en charge globale visant à préserver leur autonomie. Ces structures, qui accueillent généralement entre 50 et 120 personnes prennent en charge l'hôtellerie (hébergement, restauration, entretien du linge et des locaux, gestion administrative du séjour), un accompagnement à la perte d'autonomie, une prise en charge médicale et paramédicale et enfin proposent des activités et animations.

Pour remplir leurs missions, les EHPADS sont dotés de plateaux techniques dont les qualifications sont pour beaucoup encadrées : directeur, médecin coordonnateur (dont les missions spécifiques en EHPAD sont encadrés par l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF)), cadre de santé, infirmiers diplômés d'Etat (IDE), aides-soignants (AS), auxiliaires de vie sociale (AVS), psychologue, kinésithérapeutes, psychomotriciens, agents de service, animateurs et personnel administratif¹. Le taux d'encadrement n'est lui pas encadré et varie selon les établissements pour diverses raisons : choix stratégiques, externalisation ou non de certaines fonctions. Mais globalement les taux d'encadrement sont considérés comme faibles au regard de problématiques comparables rencontrées dans certains établissements accueillant un public en situation de handicap.

Les EHPADs ont la particularité de pouvoir avoir 3 statuts juridiques distincts et d'être administrés différemment selon leurs statuts : public, privé à but non lucratif ou commercial. Quel que soit leur statut, les EHPADs sont tenus de contractualiser des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec leurs autorités de tutelles et de tarifications que sont les ARS et les CD. En effet, le financement de ces établissements sont tripartites : les CD prennent à leur charge la section dite « dépendance » finançant l'aide aux actes de la vie quotidienne, les ARS portent la section « soins » pour prendre en charge les frais médicaux et la partie dite « hébergement », comprenant les prestations hôtelières, est portée par les résidents eux-mêmes².

Du fait de l'hétérogénéité des statuts, les prix de journées dédiés à l'hébergement, à la charge des personnes, varient sensiblement : 65,06€ en moyenne par jour dans un établissement public contre respectivement 78,31€ et 101,55€ dans le privé non lucratif et le privé commercial³ (Toupin, 2024 :4). Il est important de souligner que l'évolution de ces tarifs reste en deçà de l'inflation observée ces deux dernières années et de nombreux EHPADs, particulièrement publics, sont en difficulté financière.

Pour appuyer les personnes dans le financement de leur hébergement en EHPAD, plusieurs types d'aides publiques sont mobilisables : l'aide au logement, octroyée sous critères de ressources (aide personnalisée au logement ou allocation de logement social) ; l'aide sociale à l'hébergement sous réserve d'habilitation de l'établissement (si les revenus de la personne sont inférieurs au cours de l'hébergement en établissement) ; l'allocation personnalisée d'autonomie pour appuyer le paiement de la section dépendance restant à la charge des résidents selon leur besoin d'aide

¹ Cette liste n'est pas exhaustive et peut varier selon les établissements.

² Par souci de clarté j'ai ici volontairement simplifié quelques éléments

³ Ces chiffres s'entendent pour des chambres seules, sans aide, en hébergement permanent.

L'entrée en EHPAD se fait à la suite d'une demande d'admission sur le site *ViaTrajectoire* soit via un Cerfa dédié pour les départements n'ayant pas recours à *ViaTrajectoire*. Cela permet d'établir un dossier unique, qui peut être adressé à plusieurs établissements à la fois. Les établissements organisent en interne des commissions d'admissions régulières pour examiner, évaluer, prioriser ou réorienter les demandes.

Ainsi, leur diversité de statuts, leurs équipes très peu orientées vers l'accompagnement socio-éducatif, leur reste à charge parfois important en font des établissements un peu particuliers dans le paysage des ESSMS. D'autant plus qu'aujourd'hui ces établissements, comme les services d'aide à domicile, sont ouvertement mis en concurrence les uns avec les autres sur un même territoire.

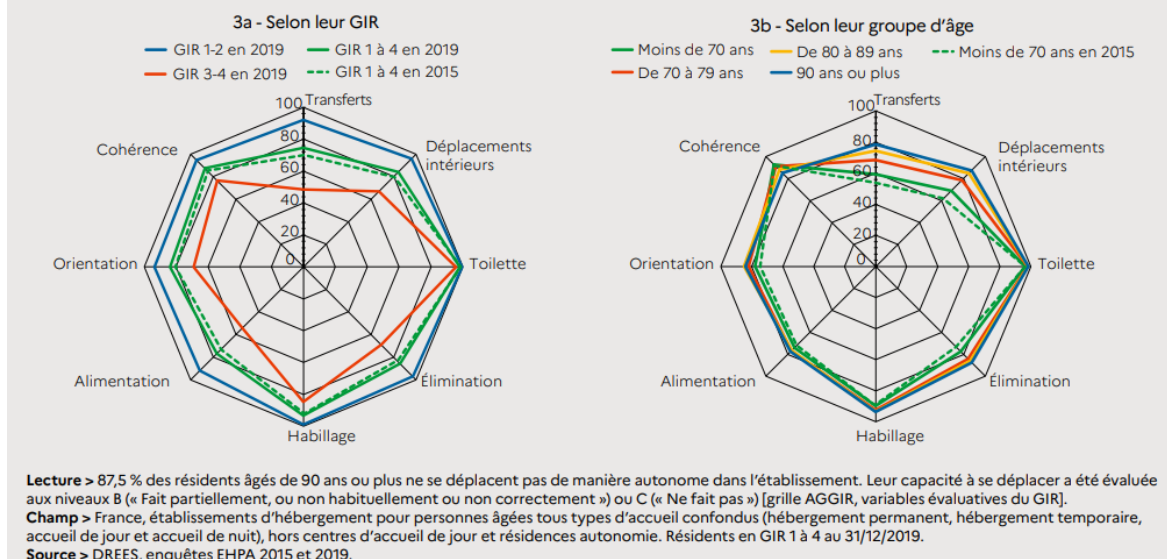
1.3.2 Les spécificités d'un public hétérogène et en évolution

A) L'évaluation de la perte d'autonomie

Dans un contexte d'optimisation des dépenses publiques, l'outil grille d'évaluation AGGIR (pour Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) a pour mission de réglementer et d'optimiser l'accès aux prestations sociales pour les personnes âgées. Elle classe les personnes selon 6 groupes permettant d'évaluer leur niveau de dépendance de manière graduelle grâce à l'évaluation de 17 variables. 10 variables sont étudiées lors de l'entrée en EHPAD, elles évaluent la perte d'autonomie physique et psychique à l'aune de besoins primaires comme être cohérent, orientation, toilette, habillage, mobilité, transferts, alimentation, élimination, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur et communication à distance.

Le GIR 6 est attribué aux personnes autonomes, qui n'ont besoin que d'une aide ponctuelle pour certains actes domestiques quand le GIR 1 concerne des personnes qui ont perdu leur mobilité, ont des fonctions mentales altérées et nécessitent une surveillance et une présence en continue auprès d'eux. Des tarifs de dépendance sont mis en correspondance avec les GIR : le tarif GIR 1-2, pour une personne en perte d'autonomie importante, c'est le tarif le plus élevé, le tarif GIR 3-4 : pour une personne en perte d'autonomie moyenne, c'est le tarif moyen, le tarif GIR 5-6 : pour une personne autonome, c'est le tarif le moins élevé. Cette évaluation est nécessaire en EHPAD, mais aussi pour avoir recours à des services d'aides à domicile.

Graphique 3 Part des résidents confrontés, fin 2019, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité et comparaison avec 2015



(Balavoine, 2022 :5)

Un des indicateurs clefs utilisés dans la gestion des ressources humaines et financières d'un EHPAD est le Gir Moyen Pondéré, le GMP. Il permet d'évaluer le niveau moyen de dépendance des résidents. Ce calcul est essentiel pour déterminer les ressources nécessaires à l'accompagnement des personnes et est utile pour les autorités de contrôle et de tarification : elles ajustent les financements en fonction du GMP.

B) Une dépendance croissante et la prévalence croissante des maladies de type Alzheimer et apparentées

La typologie des personnes accueillies est en perpétuelle évolution. Les résultats de la dernière enquête EHPA de 2019 nous renseigne beaucoup sur le public accueilli (Balavoine, 2022 :4) : 296 000 personnes ont intégré un établissement pour personnes âgées au cours de l'année et, pour 85 % d'entre elles, il s'agissait d'un EHPAD. L'entrée en établissement se fait de plus en plus tardive, à l'âge de 85 ans et 5 mois. A l'image des tendances démographiques, la présence des femmes est plus marquée dans ces établissements et les personnes accueillies sont de plus en plus âgées. En EHPAD plus qu'ailleurs, le niveau de dépendance n'a de cesse d'augmenter ces dernières années. Plus de la moitié des résidents (54%) sont très dépendants, en GIR 1 ou 2. Le besoin d'aide à la toilette, à l'alimentation, à l'habillement et les problèmes de cohérence sont parmi les plus récurrents.

Au-delà des pathologies classiquement liées à l'âge, une autre évolution majeure du public accueilli est la prévalence de plus en plus récurrente de troubles liés à des maladies neurodégénératives, de type maladie d'Alzheimer ou apparentées. En EHPAD, 40% des personnes accueillies sont atteintes de ces troubles.

C) Le développement de l'offre de services

Face à l'évolution du public, l'offre de services évolue en EHPAD. Bien loin de l'hospice d'antan, les EHPADs sont des institutions qui s'ouvrent de plus en plus à leur environnement et qui diversifient de plus en plus leurs actions.

Pour répondre aux besoins particuliers des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, beaucoup d'EHPADs se dotent de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) : il s'agit d'un lieu rassurant où sont accueillies les personnes en jour. Elles peuvent y bénéficier d'activités stimulantes et adaptées à leurs pathologies, avec un encadrement spécifique. De même les unités de vie protégées (UVP) se multiplient : se sont de petites unités de vie où les personnes peuvent déambuler en toute sécurité. Les EHPADs participent également à la nécessité d'agir pour aider les aidants : les accueils de jour et le soutien aux aidants se développent dans les établissements.

Enfin, l'expertise gérontologique des EHPADs est de plus en plus reconnue et le travail partenarial se multiplie. Les EHPADs sont encouragés à porter des CRT, à même de favoriser le maintien à domicile des personnes le plus longtemps possible. Et, toujours dans cette logique partenariale, pour répondre au besoin de soins croissant des résidents sur des territoires parfois peu dotés, les équipes mobiles d'appui se multiplient pour venir apporter une expertise ponctuelle et spécifique aux établissements.

1.3.3 Vers une « humanisation » des pratiques

A) Redéfinir la relation à autrui comme une nécessité

Le concept d'autonomie est souvent cantonné à son prisme fonctionnel, à savoir la capacité à réaliser des actes quotidiens. Cette vision est réductrice et oublie l'origine même du mot. Dans sa version Kantienne, être autonome renvoie à l'idée d'être en mesure de faire des choix moraux pour soi-même et ainsi se comporter en homme raisonnable. Être autonome, c'est être digne. Là où aujourd'hui nous opposons autonomie et dépendance, Kant oppose à l'autonomie l'hétéronomie, à savoir la soumission à la volonté d'autrui. Je trouve cette opposition très pertinente, même dans une lecture moderne des situations rencontrées et trouve que ces notions répondent parfaitement à la terminologie contemporaine où sont invoqués le pouvoir d'agir et l'auto-détermination des personnes. « Le discours gériatrique, en imposant sa légitimité dans la production des politiques publiques, a eu tendance à imposer également une vision réductrice de l'autonomie en affaiblissant la portée du mot [...] Elle n'est pas pensée à la lumière du concept de dépendance en tant que lien social, d'autonomie relationnelle (Rigaux 2012) ou solidaire (Ennuyer 2010), qui pourrait en faire une question collective, sociétale et politique » (Ngatcha-Ribert et Gondonneau, 2012 :94). Cette vision du vieillissement à travers une logique incapacitante est très franco-française, dans le reste de l'Europe la nécessité de

soins est plutôt souligné, à travers la notion de « long term care », qui met davantage l'accent sur le besoin d'être pris en soin mais pas seulement.

Je partage ici le point de vue de Denis Piveteau qui soulignait : « D'autres font remarquer qu'il y a, par-delà l'efflorescence de termes nouveaux (« pouvoir d'agir », « autodétermination », « transformation inclusive »), une redécouverte d'anciens principes d'émancipation ou de réhabilitation, qui faisaient de la participation sociale le point de départ ou le point d'appui, et pas seulement l'objectif à atteindre » (Piveteau, 2022 :7). Ainsi, l'autonomie peut être redéfinie comme une autonomie relationnelle, où la capacité à exister et s'inscrire dans un réseau relationnel est une nécessité.

D'autant plus que l'entrée en établissement est souvent liée à l'isolement social. C'est le cumul d'un état de santé qui se dégrade, de l'inadaptation des espaces adossé à une forme d'isolement relationnel. Le veuvage ou la fatigabilité de l'aidant sont alors des facteurs déclenchants, l'entourage s'épuise des incapacités de l'autre et c'est face à l'épuisement des solidarités privées que l'institution devient la solution.

Comment faire alors pour rompre un isolement ancré ou nouveau dans lequel se trouve la personne une fois entrée en institution ? Comment rompre avec l'idée d'une entrée en institution synonyme de naufrage social ? D'autant que l'avancée en âge, avant même l'arrivée en EHPAD est souvent marquée par un appauvrissement des relations sociales, comme l'a très bien démontré l'association Les petits frères des Pauvres dans son dernier rapport. En effet, à l'ère de l'injonction au bien vieillir, les seniors ne se sont jamais sentis aussi seuls. L'isolement et le sentiment de solitude vont grandissant pour les plus de 60 ans, certains qualifiant cette situation de « mort sociale ». Environ un tiers des plus de 75 ans sont en situation d'isolement relationnel, part la plus exposée de la population à ce phénomène. L'isolement se caractérise de différentes manières, avec cinq grands réseaux de sociabilité : réseau familial, professionnel, associatif, amical et voisinage. Pour les plus de 60 ans, non seulement les interactions se réduisent, mais aussi leur qualité. Les liens avec les professionnels de santé au quotidien par exemple sont importants mais ne relèvent que rarement d'une discussion intime (Petits frères des Pauvres, 2021). En EHPAD nous devrions pouvoir être à même de proposer des relations qui ont de l'épaisseur aux personnes âgées, d'accompagner et de favoriser l'émergence de liens sociaux.

Partant de ce constat, la vocation de l'EHPAD ne pourrait se réduire à l'accompagnement aux soins et aux actes de la vie quotidienne

B) Nouvelles approches et individualisation des accompagnements

Les établissements, institutions totales au sens Goffmanien du terme n'ont plus cours aujourd'hui, les pratiques ont beaucoup évolué ces 50 dernières années et se sont fortement adaptées depuis la loi du 2 janvier 2002. La transformation graduelle des établissements, de l'hospice prenant en charge la vulnérabilité économique, à l'EHPAD

accompagnant la vulnérabilité physiologique, a conduit à de nombreuses transformations architecturales et organisationnelles. Le terme d'« humanisation » est souvent appliqué pour caractériser ces transformations. J'en retiens la définition suivante : « l'« humanisation » comme une réforme normative d'inspiration humaniste des conditions de prise en charge de la vieillesse dans les établissements. L'humanisation est souvent utilisée comme un synonyme d'individualisation des traitements des pensionnaires (Mallon 2004), et peut même être résumée à ce processus. Mais l'humanisation implique surtout, selon nous, un rapport au temps qui s'articule autour de la nécessité de modernité, d'un effort pour faire disparaître la violence comme mode relationnel dans les établissements et de la possibilité pour leurs usagers d'influer ou d'intervenir sur les modes d'organisation et de fonctionnement de ces établissements » (Richelle et Loffeier, 2017 :31). Ainsi, humanisation rime avec individualisation des pratiques et soutien à l'autonomie des personnes.

Les EHPADs, avec leurs équipes très marquées par le sanitaire sont emprunts du diptyque dépendance / perte d'autonomie et ont des pratiques qui ont parfois tendance à envisager la personne avant tout à travers le prisme de l'incapacité. Difficile de blâmer les équipes, c'est ainsi et ce pourquoi elles sont formées : s'inscrire dans le soin et le nursing. Pourtant notre action se situe bien désormais dans l'accompagnement et non plus dans l'assistance. Celui-ci se caractérise par un positionnement « à côté » et une dynamique relationnelle différente de la relation top-down soignant-soigné. Accompagner les personnes âgées en établissement implique donc aussi un changement de paradigme pour les équipes, pour redonner et/ou donner aux personnes âgées leur autonomie relationnelle et leur donner la possibilité de continuer à exister socialement, facteur indissociable d'une vieillesse et d'une fin de vie en bonne santé. Par exister socialement, j'entends ici entretenir et nouer des relations sociales, avoir des interactions avec le personnel, ses proches et l'environnement extérieur de l'établissement mais aussi pouvoir exercer pleinement sa citoyenneté.

C) Penser le virage domiciliaire en EHPAD et imaginer de nouvelles formes d'accompagnement

Pour soutenir la transformation de l'EHPAD, il est essentiel d'en faire un véritable lieu de vie, sécurisant, adapté et psychologiquement enrichissant. Subir des limitations fonctionnelles fait souvent évoluer la notion de domicile. Force est de constater que pour les plus de 85 ans, la notion de domicile est très importante : avec l'âge, l'horizon extérieur rétrécit invariablement. Il s'agit aussi de la classe d'âge où les personnes sont le plus souvent propriétaires de leur logement, renforçant une logique d'attachement. « Lieu de vie plutôt que simple abri ou refuge, l'habitat constitue pour beaucoup de nos concitoyens une valeur fondamentale, objet de toutes leurs attentions, tout à la fois principal élément du

capital économique, marqueur de statut social et lieu de formation des opinions, des attitudes et des représentations collectives » (Vercauteren, Predazzi et Loriaux, 2001, p.12). Quitter son domicile contre son gré, c'est finalement y laisser une partie de soi. L'image dégradée de l'EHPAD se construit ainsi en opposition avec un chez soi très chargé affectivement, lieu de pleine liberté et d'autoréalisation. De plus, pour des raisons évidentes, après toute une vie passée en logement individuel, passer dans une logique collective est un pas qui n'est pas évident à franchir pour beaucoup.

Cependant il convient de cesser d'idéaliser le domicile, qui peut devenir le lieu du risque, de la perte de dignité et de l'attente du passage de l'auxiliaire de vie deux fois par jour.

Aussi l'on comprend bien que l'enjeu de repenser l'EHPAD pour qu'il convienne aux besoins et attentes de demain en matière de domicile est double : proposer un cadre sécurisant et adapté mais aussi « conférer au « lieu de vie » de la personne qui vieillit toute l'épaisseur psychologique et sociale » (*ibid.* :26). Faire du collectif un espace qui n'est pas nécessairement subit et faire du lieu privé, la chambre, un logement. Faire de l'EHPAD un véritable lieu d'habitation, et pas seulement un lieu de résidence.

D'autre part la mutation sociologique de la population des EHPADs à l'horizon 2030 aspirera à des formes de vie collectives peu contraignantes, le succès de l'habitat alternatif en témoigne. Il faudra alors repenser ce que l'on nomme classiquement « l'animation » dans les établissements et peut-être trouver une forme d'entre-deux, soutenant la vie sociale, entre l'animation et l'accompagnement tel qu'habituellement entendu dans le médico-social.

D) Imaginer de nouvelles formes d'accompagnement

Réfléchir aux tensions entre risque et sécurité, intimité et collectif, frénésie du rythme des professionnels et temps long des résidents ne peut se faire qu'en impliquant les professionnels dans des changements de pratiques.

Travailler en EHPAD est souvent peu valorisé financièrement et symboliquement, réputé difficile aussi bien physiquement que psychologiquement. Le faible taux d'encadrement au regard des budgets contraints, des cadences de travail élevées, la grande technicité requise, le port de charge, la violence de certaines situations avec le public ou les familles, la confrontation récurrente avec la mort y sont pour beaucoup.

Aussi il convient de travailler à de nouvelles formes de reconnaissance et à renouveler le sens de leur travail. Améliorer le quotidien des personnes en favorisant de nouvelles formes d'accompagnement, pas seulement orienté vers le soin peut-être un moyen de redonner sens aux pratiques de ces établissements. Travail sur le long terme, changer de paradigme pour sortir du tout médical et davantage axer autour d'une forme d'accompagnement psycho-social de la dépendance nécessite une réflexion profonde

autour du sens mais aussi autour des modalités d'intervention et des organisations de travail. Ce changement sera long et devra se piloter et s'accompagner. Pour cela, il faudra créer des ponts entre la culture sanitaire et médico-sociale dans les établissements et outiller les professionnels en ce sens. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) éditées par la HAS, peu connues des équipes, pourront étayer notre action en ce sens. Le programme qualité de vie en EHPAD et particulièrement les volets 1 « de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2 « le cadre de vie et la vie quotidienne » et 3 « la vie sociale des résidents en EHPAD » (HAS, 2018) pourront nous permettre d'appuyer nos réflexions et de promouvoir les pratiques professionnelles favorisant la qualité de vie des personnes accueillies en EHPAD.

Les EHPADs sont confrontés depuis plusieurs années maintenant à des difficultés de recrutements et de fidélisation de leurs professionnels. Attirer les professionnels nécessite de travailler sur l'image et l'ancrage territorial de l'établissement tandis que l'enjeu de fidélisation nécessite une adaptation des pratiques managériales et une réflexion sur l'organisation du travail. Je gage qu'améliorer la qualité de vie des personnes accueillies permettrait également de valoriser le travail accompli par les professionnels, leur apporterait une forme de reconnaissance et permettrait de travailler sur la question du sens au travail à travers la promotion de valeurs communes.

Il faut pour cela s'appuyer sur un projet de soin performant et un projet social ambitieux, à même de permettre à chacune des personnes concernées de se saisir de son autonomie relationnelle comme elle l'entend.

Pour conclure ici mon propos je vous propose la matrice d'analyse PESTEL, outil stratégique permettant de comprendre l'environnement global d'une organisation et de visualiser les influences extérieures capables d'influer sur nos activités.



Cet outil met en exergue 3 facteurs structurants forts pour le secteur des EHPADs :

- Une évolution forte du public et de ses attentes dans un futur très proche (opportunité)
- Un contexte législatif évolutif qui demande une perpétuelle adaptation (menace)
- Un environnement économique difficile et inflationniste qui peut mettre en péril l'organisation et une attractivité très faible du secteur (menace)

Il est alors primordial pour moi d'être en alerte autour des enjeux stratégiques suivants de ma place de directrice d'établissement :

- le maintien de la qualité des accompagnements (avec un risque de maltraitance et/ou de non adéquation face aux besoins et attentes)
- la pérennité de l'établissement dans un secteur qui tend à devenir concurrentiel (maintien de la performance, questionnements quant à d'éventuels développements)
- un enjeu managérial face aux difficultés de recrutement et de fidélisation

Une vision stratégique ne peut se conjuguer selon moi qu'avec un idéal de pensée. Le mien est de faire de l'EHPAD un lieu de vie et de fin de vie, où chacun est libre de s'affirmer en tant que personne mais aussi et surtout dans son lien à l'autre. D'autant plus face à un public en quête d'innovation et de qualité. Même s'il est illusoire d'imaginer un EHPAD-maison, la dimension collective de l'établissement rend la chose impossible par sa nature, l'EHPAD peut se transformer et s'améliorer. Nous pouvons en faire un lieu de vie intermédiaire, entre le domicile et les espaces de soins, un lieu de vie où l'on peut se soigner. Cela doit s'accompagner d'un changement de pratiques professionnelles profond : on ne travaille plus au service d'une institution mais au service des personnes, dans leur logement. L'EHPAD doit lui aussi, pour respecter les ambitions du bien vieillir prendre le tournant du virage domiciliaire : agir sur l'environnement, les pratiques et les potentiels d'expression de la sociabilisation en sont l'une des pistes.

2 L'opportunité d'un projet de réhabilitation des locaux

2.1 Un établissement ancien et familial

2.1.1 Présentation de l'établissement

L'établissement Saint Joseph de Cagny est un EHPAD privé associatif à but non lucratif, situé dans le département de la Somme. Il est composé des imposants bâtiments patrimoniaux en briques et de sa chapelle attenante, de quelques dépendances, d'un grand parc arboré et aménagé de 4 hectares et de deux extensions dédiées à l'habitat collectif érigées respectivement en 1998 et 2020. Cette dernière est venue agrandir la capacité de l'établissement de 16 places en septembre 2022.

Pour vous proposer la présentation et le diagnostic suivant, je me suis appuyée sur divers éléments méthodologiques : un recueil de données, une large consultation documentaire (éléments budgétaires, registres, rapports bureaux de contrôles...), des entretiens avec des personnes ressources et/ou témoins de la vie dans l'établissement (personnes concernées, responsable financière et responsable d'unité de soins, employés de l'animation, membres du Conseil de vie sociale (CVS), visiteurs, partenaires) ainsi qu'une visite minutieuse des locaux effectuée en collaboration avec les employés des services techniques.

A) Saint Joseph et la Congrégation de la Sainte Famille

L'histoire de cet établissement est ancienne et est intimement liée à celui de la congrégation religieuse catholique de la Sainte Famille d'Amiens. Cette congrégation a depuis ses origines des missions de soins aux malades et surtout d'éducation auprès des plus démunis. En 1846, la mère supérieure générale fait l'acquisition d'une maison pour « servir d'infirmerie et pour les Sœurs âgées ». Ainsi depuis son acquisition par la congrégation, le bâtiment a toujours conservé sa vocation originelle : soigner et accueillir les plus âgées. La congrégation a gardé l'administration et la gestion de l'établissement jusqu'au début des années 2000, lors du passage de statut de maison de retraite à celui d'EHPAD. Sa gestion est depuis confiée à une association laïque et la nouvelle direction a alors noué la première convention tripartite avec l'ARS et le CD. Néanmoins les religieuses de la congrégation de la Sainte Famille gardent une place singulière au sein de la structure : les sœurs qui ne sont plus en mesure de vivre en communauté continuent de venir vivre à l'EHPAD pour la fin de leur vie, elles sont encore aujourd'hui une quinzaine.

B) Valeurs associatives et implication de la gouvernance

Ce mono-établissement est administré par l'association Saint Joseph de la Sainte Famille. Cette association a pour seule mission d'administrer l'EHPAD Saint Joseph. Elle

défend les mêmes valeurs depuis la rédaction de ses statuts en 1993. Il s'agit du respect, de l'attention à l'autre notamment aux plus démunis et l'accueil. Elle a pour projet associatif « d'assurer jusqu'à la fin de la vie des personnes âgées un lieu de vie, de repos physique, d'ouverture culturelle, de créativité, de participation, de rencontres et d'échanges et aussi d'épanouissement spirituel »⁴. Même s'ils n'ont pas été réévalués depuis leur rédaction, ces objectifs restent en phase avec les attentes actuelles des personnes accueillies. L'établissement Saint Joseph s'appuie sur la « Charte de la personne âgée dépendante » et la « Charte des Droits et des libertés des personnes accueillies » pour guider l'action des professionnels en faveur des résidents. A travers ces valeurs s'affirme la volonté pour les professionnels de l'établissement de considérer chaque personne accueillie comme un être unique, acteur de sa vie.

Le conseil d'administration (CA) se compose de membres de la société civile, de familles ou d'anciennes familles de résidents, de sœurs de la congrégation (dont la responsable de la congrégation et la responsable de communauté) et d'anciens salariés de l'établissement. De manière générale la gouvernance est très impliquée dans ses missions : le CA est dynamique, et se saisit pleinement de sa fonction politique. Les membres du bureau n'hésitent d'ailleurs pas à faire du lobbying auprès d'acteurs clefs du territoire si nécessaire. Le CA fait preuve de vision prospective et témoigne d'un intérêt fort de transformation et/ou d'adaptation de l'établissement de manière que les prestations proposées restent en adéquation avec les besoins et les attentes actuelles et à venir des personnes concernées. Cette volonté s'attache à différents points avec particulièrement : continuer de proposer une réponse adaptée, travailler à davantage d'individualisation des accompagnements, et une réflexion autour de l'évolution des publics et des besoins du territoire. A noter qu'un changement de gouvernance va s'opérer à la rentrée 2024, le tout dans une certaine forme de continuité puisque le président va céder ses fonctions à l'actuel trésorier.

C) L'établissement

L'établissement répond au régime d'autorisation décrit à l'article L 312-1 (°6) du CASF et est à ce titre conjointement accrédité par le département de la Somme et l'ARS des Hauts de France. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été formalisé au printemps 2023 entre ces 2 parties et l'établissement. L'EHPAD a aujourd'hui une capacité d'accueil de 81 places à la suite de l'ouverture de l'extension de 16 places en 2022. Parmi ces 81 places, 80 sont de l'hébergement pérenne et une place est dédiée à de l'accueil temporaire. L'EHPAD est habilité à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale (ASH) à hauteur de 65 places. A l'heure actuelle 4 résidents en bénéficient. L'établissement

⁴ Source : statuts de l'association gestionnaire

dispose également d'un PASA de 14 places fonctionnant 365 jours par an qui fait figure de référence à l'échelle départementale. L'établissement affiche un taux d'occupation au-delà du taux cible de 98% fixé par le CPOM (20% pour l'accueil temporaire) contracté en 2023. C'est d'ailleurs le cas depuis de nombreuses années, résultante de la bonne réputation de l'établissement sur le territoire grâce à une qualité de prise en soin reconnue et un travail en étroite collaboration avec les intervenants médicaux et paramédicaux du territoire.

D) Le public

L'établissement Saint Joseph accueille des personnes de 60 ans et plus (sauf dérogation du CD) en situation de dépendance et de perte d'autonomie selon son régime d'autorisation. A l'image des moyennes nationales, les résidents arrivent de plus en plus tard dans leur parcours de vie au sein de l'établissement. La majorité des résidents est en GIR 1 ou 2. Le GIR moyen pondéré, outil institutionnel d'évaluation de la dépendance, était de 761 en 2024 (contre 670 en 2017). Le pathos moyen pondéré, permettant de mesurer le niveau de soins requis, est validé à 224 pour 2024. Le public accueilli présente donc une dépendance physique et/ou psychique et est polypathologique. Il faut souligner qu'environ 45% des résidents présentent un syndrome démentiel. L'âge moyen des résidents est de 88,8 ans avec une durée moyenne de séjour de 3,5 ans. La fin de séjour se traduit dans la très grande majorité des cas par un accompagnement jusqu'à la fin de vie. Les rares sorties concernent des réorientations vers d'autres établissements si les troubles neuro-dégénératifs s'aggravent et que les équipes ne parviennent plus à faire face (ce cas s'est présenté 2 fois en 2022, 2023 et une fois en 2024).

Une majorité de femmes sont présentes, on dénombre 62 femmes pour 19 hommes. Deux couples sont hébergés au sein de l'établissement, l'un dans une chambre double, l'autre dans deux chambres contiguës et communicantes de la nouvelle extension.

De manière générale le public accueilli au sein de l'établissement est un public relativement aisé, partageant des valeurs chrétiennes. La Chapelle située au sein de l'établissement où sont célébrés des offices est alors souvent un point fort lorsque les personnes comparent plusieurs établissements avant de faire leur choix. Les personnes accueillies viennent essentiellement du département de la Somme.

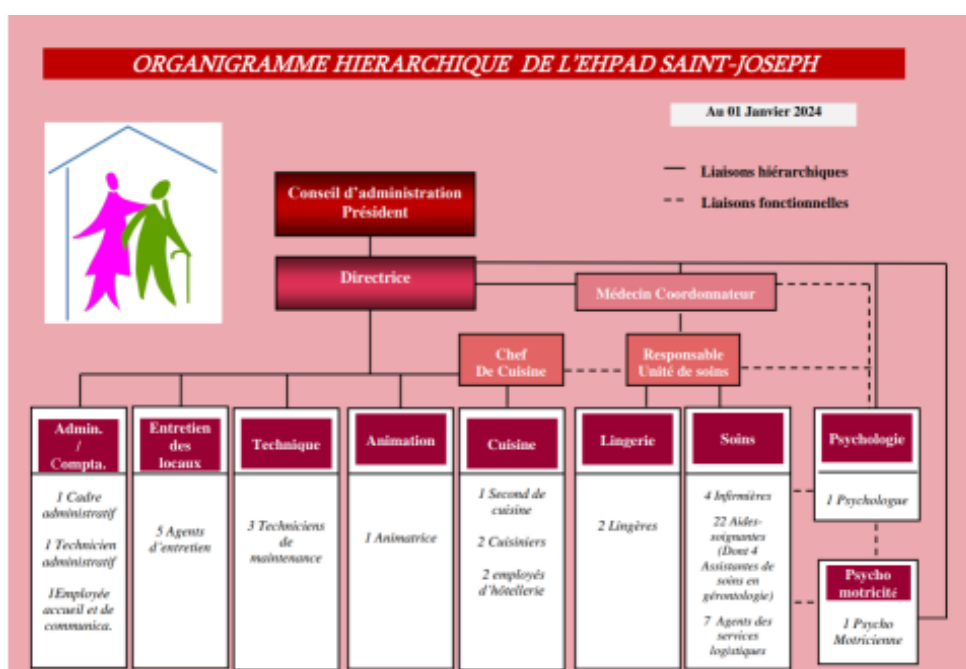
Les personnes accueillies, appelées « résidents » au sein de l'établissement sont représentés par un conseil de vie sociale. Celui-ci est dynamique et n'hésite pas à faire remonter ses réclamations si besoin auprès de la direction. Ses membres élus organisent des permanences pour les résidents comme pour leurs proches.

E) L'équipe pluridisciplinaire et la gestion des ressources humaines

Pour accompagner au quotidien les résidents dans les actes de la vie quotidienne et leur prise en soin, l'EHPAD est doté d'une équipe pluridisciplinaire de 57 salariés pour 59 équivalents temps plein (ETP). Aucune fonction au sein de l'EHPAD n'est externalisée, tout est réalisé en interne qu'il s'agisse de l'entretien des locaux, de la cuisine ou encore l'entretien du linge, même plat. Ce choix permet une maîtrise en interne de la qualité de service. Le plateau technique est financé selon une répartition tripartite entre les dotations soins, dépendance et hébergement portées respectivement par l'ARS des Hauts de France et le CD de la Somme.

L'équipe est organisée en 5 services :

- Soins, 35 ETP : une responsable d'unité de soins, un médecin coordonnateur à hauteur de 0,5 ETP, 4 IDE, 22 AS dont 3 assistantes de soins en gérontologie (ASG), 7 accompagnants éducatifs et social (AES) et une psychomotricienne
- Cuisine, 7 ETP : un responsable de cuisine, un second de cuisine, 3 cuisiniers et 2 agents de service en salle
- Entretien des locaux et hôtellerie, 5 ETP : 5 agents des services logistiques (ASL)
- Blanchisserie : 2 lingères
- Service technique, 3 ETP : dont l'un est dédié principalement à l'entretien des espaces extérieurs.
- Animation, 1 ETP : une animatrice
- Administration, 4 ETP : une directrice, une cadre administrative et comptable, un agent d'accueil et un employé administratif et chargé de communication
- A cette organisation s'ajoute également une psychologue, qui n'est pas rattachée fonctionnellement à un service particulier.



La politique de ressources humaines est claire : nous ne recrutons que des personnes diplômées sur toutes les fonctions de l'établissement, avec un regard particulier sur les fonctions soignantes et d'accompagnement. Il en va de la qualité de service proposée aux personnes accueillies dans l'établissement. Cela ne facilite pas toujours les recrutements dans un contexte défavorable. Actuellement 2 postes d'IDE sont vacants depuis le printemps et le poste de médecin coordonnateur depuis le début de l'été. A noter qu'un poste de responsable qualité et gestion des risques va être créé à la rentrée 2024. Intégrer une telle fonction nous permettra d'améliorer nos performances tout en répondant aux mieux à nos prérogatives en matière d'amélioration continue de la qualité.

En tant que directrice j'attache un intérêt particulier à déployer des actions en faveur de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Des cours de sport et une semaine dédiée à la QVCT sont proposés chaque année. Sur l'année 2023 a eu lieu un coaching pour l'ensemble des équipes de l'établissement pour améliorer la cohésion des équipes. Il a débouché sur la formalisation d'ateliers thématiques en 2024.

La prévention des risques psycho-sociaux (RPS) est également une priorité : au-delà des équipements et formations proposés aux professionnels, nous élaborons et actualisons avec l'appui du technicien administratif qui revêt également les missions de préventeur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Nous nous efforçons de le faire de manière participative

Au regard de la taille de l'établissement, un comité social et économique (CSE) de 4 personnes est élu, avec des représentants des 2 collèges, employé et cadre. Celui-ci vient d'être renouvelé au début de l'année 2024. Globalement le climat social est bon au sein de l'établissement, l'essentiel des oppositions est lié à des conflits de générations entre le personnel nouvellement arrivé et ceux ayant de nombreuses années d'ancienneté. L'ancienneté moyenne des salariés de l'établissement s'établit à 6,3 ans

Le comité de direction s'organise autour de la directrice, de la responsable d'unité de soins, de la responsable administrative et comptable, du responsable de cuisine et de la psychologue. Cette instance, responsable du projet d'établissement, s'assure au quotidien du bon fonctionnement de l'organisation et du contrôle et du suivi de la qualité et des prestations. Pour guider son action au quotidien et conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'établissement est doté d'un projet d'établissement, le dernier en date prendra fin en 2025. Il est organisé par projets thématiques : le projet de vie, le projet de soins, le projet budgétaire, le projet communication, le projet qualité et gestion des risques et le projet de formation des professionnels. Au printemps 2024, la plupart des objectifs opérationnels sont réalisés ou en cours de réalisation, témoins d'une feuille de route réaliste lors de sa rédaction et d'un suivi rigoureux.

F) La situation financière

Contrairement à de nombreux EHPADs, l'établissement Saint Joseph de Cagny jouit d'une bonne situation comptable. L'extension de l'établissement en 2022 et le taux d'occupation au-delà des attendus assure une situation financière équilibrée et un résultat excédentaire sur l'année 2023 de 1321€. La capacité d'autofinancement se maintient d'année en année, montrant ainsi le potentiel de l'établissement à assurer son cycle d'investissement avant tout recours extérieur. Une attention particulière doit être cependant être portée sur le cycle d'investissement qui arrive à son terme, il est à renouveler rapidement. Le CPOM contractualisé en 2023 garanti à l'établissement une situation d'excédent de financement d'exploitation. La trésorerie disponible est positive et se renforce d'année en année. Cette situation équilibrée et excédentaire doit tout de même nous amener à une certaine vigilance en matière d'investissements et de développement de l'offre de service pour consolider ces résultats sur le long terme. De plus depuis l'été 2022 le recours à l'intérim représente un nouveau surcoût budgétaire. En 2023, celui s'élevait à 387 771€. Il nous est indispensable de travailler sur la fidélisation des professionnels pour réduire ce surcoût budgétaire.

Ainsi, le taux d'occupation et la situation financière saine de l'établissement ne nous amènent pas des signaux d'alarme. Cependant la solution peut rapidement évoluer et la liste d'attente tend actuellement à fluctuer, ce qui n'était pas encore le cas il y a quelques années. Aussi il nous faut trouver des solutions à l'avenir pour pérenniser une situation équilibrée mais fragile. Je souhaite donc dans un second temps faire le lien avec mon propos introductif soutenant l'importance de l'autonomie relationnelle des personnes âgées dont les capacités fonctionnelles se limitent.

2.1.2 La vie sociale au sein de l'établissement

L'organisation interne de l'établissement, où aucune fonction n'est externalisée tend à favoriser la dimension sociale de l'établissement. La communication entre tous les acteurs est ainsi facilitée et participe pour beaucoup à donner un sentiment de « chez soi ».

A) Le lien aux différents services

Pour le service cuisine, le choix de garder la préparation des repas en liaison chaude avec beaucoup d'approvisionnement local et en circuit court permet de maîtriser pleinement la qualité des repas. Mais c'est surtout un moyen de maintenir un lien fort avec les résidents et de s'adapter au mieux à leurs souhaits et goûts. Au-delà des salariés en charge du service en salle de restauration, le chef de cuisine et les cuisiniers sont présents sur chaque temps de repas. Ce moment de convivialité est toujours un moment d'échanges précieux pour chacun : les résidents sont ravis de pouvoir faire part en direct de leurs impressions

sur le repas qui vient de leur être servi et les cuisiniers apprécient ces échanges qui valorisent leur travail au quotidien. Et c'est aussi bien sûr le moment d'échanges plus informels, sujets à des conversations légères. Le service cuisine organise également des repas spécifiques tout au long de l'année : *a minima* un par trimestre et il vient également en support lors d'animation (repas sur le pouce lors de soirées bingo, soirée pizza pour un événement sportif, gâteaux d'anniversaire...).

Grâce à la coordination proposée par la responsable d'unité de soin, plusieurs réfectoires sont proposés aux résidents : 2 grandes salles d'étages et deux autres, plus petites et à proximité des espaces privatifs qui sont réservées aux personnes à mobilité plus réduite, à ceux souhaitant plus de calme ou ceux ayant plus de difficultés à s'alimenter seuls. Ces lieux visent ainsi à garantir une certaine homogénéité des capacités lors des temps de repas de manière à préserver la dignité de chacun.

Enfin, l'établissement dispose d'un « salon des familles », nouvellement inauguré au printemps 2023 fortement apprécié des résidents et qui affiche complet presque chaque jour : les personnes peuvent y partager un repas proposé par la cuisine avec leurs proches dans un cadre convivial.

La volonté de garder le service de blanchisserie et lingerie en interne répond aux mêmes fins : au-delà d'une maîtrise de la qualité en direct, cela propose également un lien particulier aux résidents et participe au sentiment de « chez soi ». C'est ainsi par exemple un moyen de répondre rapidement à des demandes particulières (laver en urgence un chemisier pour un anniversaire le lendemain par exemple).

Dans un établissement de ce type, le projet de soin occupe une place prépondérante. Celui de Saint Joseph a la particularité de mettre particulièrement l'accent sur les thérapies non médicamenteuses (TNM) de type toucher relationnel, activités ludiques, balnéothérapie, massage, aromathérapie, activités motrices, musicothérapie ou encore des ateliers socio-esthétiques. La déambulation non contrainte est encouragée autant que possible au sein de l'établissement qui ne possède pas d'unité de vie protégée. Ce sujet est à chaque fois rejeté avec véhémence par l'équipe soignante, particulièrement la responsable d'unité de soins. Enfin, l'équipe soignante veille à n'avoir recours aux contentions que si toutes les autres solutions ont été envisagées et/ou épuisées. L'équipe de soin collabore également étroitement avec les médecins généralistes et kinésithérapeutes du territoire, ce qui facilite les échanges au sujet de certaines situations mais permet aussi de créer du lien avec les résidents et leurs proches. Les IDE jouent un rôle pivot dans la création de ce lien.

Le projet de soin de l'établissement possède un petit paragraphe consacré à l'isolement social des résidents et propose d'affecter une ASG sur un poste de jour afin de

coordonner les TNM, porter l'accompagnement des résidents et permettre une proposition individualisée. Malheureusement, le turn-over des équipes et l'absentéisme récurrent n'ont pas permis de mettre en œuvre ces objectifs.

La psychologue propose ponctuellement des temps de rencontre avec les résidents et / ou les familles sur certaines thématiques ciblées. Ces moments singuliers devront être menés à l'avenir plus régulièrement, il s'agit de moments d'échanges de qualité particulièrement riches, sur des sujets sur lesquels les résidents et leurs proches n'ont que rarement l'occasion de s'exprimer.

Enfin, partant du constat que les proches ne se connaissent que très peu entre eux, un café des familles est désormais organisé chaque trimestre avec succès. Environ 2/3 des résidents et/ou l'un de leurs proches sont présents. Cet espace de parole est porté par l'ensemble des membres de la direction et les équipes y sont conviées.

B) Le projet vie sociale et/ou animation

L'établissement dispose également d'un projet d'animation, rédigé et porté par l'animatrice en poste. Cette dernière est diplômée d'un brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS). Elle propose une palette d'activités variées et elle dispose d'un matériel adapté et d'une grande salle d'animation vitrée au cœur de l'établissement. Selon les activités, les rideaux de la salle se ferment ou la pièce s'ouvre complètement sur les couloirs. Néanmoins, quelques timides réclamations apparaissent au sujet des animations proposées, l'absence d'ateliers dédiés au bricolage par exemple est décriée.

La psychomotricienne de l'établissement, rattachée au service soins, propose régulièrement des ateliers de psychomotricité en collaboration avec l'animatrice.

Au-delà des activités quotidiennes, l'animation porte, conjointement avec le PASA de nombreux événements tout au long de l'année : olympiades cet été, repas à thèmes, visionnages d'événements sportifs, après-midi musicales, soirées loto, marché de Noël. Ces moments sont à chaque fois de vifs succès pour les résidents et leurs proches qui viennent nombreux. A titre d'exemple, le barbecue de cet été ouvert aux résidents, leurs proches et au personnel a rassemblé près de 300 personnes.

Grâce au minibus de l'établissement quelques visites et sorties sont organisées sur le territoire. La réponse à un appel à projet par l'équipe du PASA nous permettra d'organiser cette année, en septembre, pour quelques-uns de nos résidents un mini séjour de vacances sur la côte d'Opale, encadré par le personnel.

Il est également important de souligner la place du PASA dans la vie sociale de l'établissement. Il est situé tout près de la salle d'animation et est particulièrement investi par l'équipe soignante.

Enfin, pour terminer, l'ensemble de ces points sont repris dans le cadre du projet d'établissement 2020-2025. Il faut cependant noter qu'une fois les personnes confinées au lit, rares sont les possibilités d'animation offertes par l'établissement.

A) La vie sociale des résidents entre eux et avec leurs proches

La vie sociale au sein de l'établissement ne se limite pas à ce que propose directement l'établissement. Elle peut venir de rencontres spontanées et de véritables amitiés se nouent. A ce titre la communauté de religieuses encore présente dans l'établissement joue un rôle clef et veille à faire à chacun un accueil chaleureux lors de son arrivée. D'autre part, certains résidents, ce ne sont pas les plus nombreux certes, maintiennent une vie très autonome, en continuant à se rendre très régulièrement à l'extérieur, à pied, en bus ou même en voiture pour l'un d'entre eux.

Cependant force est de constater que les rencontres entre résidents, résidents et professionnels ou résidents et extérieur sont plus ou moins favorisées par l'environnement architectural proposé : pour l'extérieur par exemple, certains résidents se promènent régulièrement au parc pour marcher en compagnie d'autres résidents ou de leurs proches. Néanmoins au regard l'espace disponible, même s'il est toujours souligné comme étant un atout par les résidents, il demeure peu investi.

De la même manière, les chambres, lieu de la sphère privée et de l'intime sont les lieux les plus investis par les résidents. Ils y passent la majorité de leur temps et y font des visites ou y reçoivent volontiers. A l'inverse, les lieux de circulation et communs ne sont des lieux dont la seule fonctionnalité est le passage ou la prise des repas, ils ne sont pas investis par ailleurs. De plus l'EHPAD ne dispose pas de salle de repos commune, qui pourrait éventuellement servir de lieu de convivialité. Les espaces prévus pour faire office de salon d'étage ne sont pas aménagés en conséquence et les petites salles d'étage à vocation polyvalentes ne sont pas du tout investis en dehors des temps de repas.

Ces points donnent l'impression d'un lieu de vie extrêmement paisible en dehors de moments conviviaux des repas et temps forts de l'animation.

Néanmoins il y a deux éléments qui limitent fortement la vie sociale et par extension l'autonomie relationnelle des personnes que nous accompagnons : la limitation des horaires de visites et le respect d'un délai de prévenance avant tout absence.

Les horaires de visites autorisées sont stipulés dans le contrat de séjour actualisé, de 14h à 18h et s'expliquent de manière à ne pas perturber les temps de repas et le travail des

soignants le matin. Ce règlement précise que des visites en dehors de ces temps définis sont possibles sous réserve de prévenir l'établissement au préalable. Dans les faits cet usage n'a pas cours en dehors de l'accompagnement aux fins de vie et la secrétaire d'accueil sait rappeler la règle à chaque visiteur qui ne la respecterait pas.

De même un délai de prévenance à respecter avant les sorties de l'établissement de 48h est demandé à être respecté afin « d'éviter toutes inquiétudes et d'organiser le service ».

Evidemment ces points suscitent un questionnement autour de la notion d'aller et venir librement au sein de l'établissement et relèvent d'un questionnement éthique. La tension entre protection et devoir d'autonomie s'exprime ici pleinement et suscite des sentiments ambivalents chez les professionnels.

Enfin la question des relations sexuelles des résidents n'est quasiment jamais abordée dans l'établissement, témoin d'un certain tabou des équipes sur le sujet.

Il nous faut donc penser et trouver des solutions pour rendre notre établissement encore plus vivant, au sens organique du terme et faire en sorte que les résidents de l'établissement ne soient plus considérés comme tels mais comme des habitants.

B) Des projets personnels individualisés perçus comme un exercice de mise en conformité

S'il est un outil de coordination à même de nous permettre d'affirmer l'autonomie des personnes accompagnées, c'est bien le projet personnel individualisé (PPI). Cependant la dynamique a du mal à prendre corps au sein de l'établissement. La mise en œuvre des PPI se heurte à une différence de culture professionnelle entre sanitaire et médico-social. En effet cet outil de la loi 2002-2 n'est pas quelque chose auquel les IDE, AS, ou les AES sont formés initialement. Aussi les enjeux en sont souvent mal compris. Pour illustrer dans le projet de soin par exemple le PPI est décrit dans un premier temps comme un « recueil de données sur le résident ». La dynamique de dialogue et de co-construction au cœur même de son élaboration est souvent négligée, et cela se reflète dans les pratiques : les PPI sont difficilement mis en place, rarement actualisés et peu exploités faute d'objectifs pertinents et d'une véritable dynamique de projet. Comme nous le rappelle Agata Zielinsky, être dans l'accompagnement est le reflet d'une posture singulière, favorisant l'articulation du désir et des capacités de chacun tout en tenant compte de la réalité : « Être acteur en faveur des capacités d'autrui, ce n'est pas seulement en être le témoin, mais c'est encore les développer, les susciter... donner les moyens de les faire passer à l'effectivité. Faire advenir des capacités qui peut-être n'avaient pas encore eu l'occasion de se révéler. Ce n'est pas seulement demander à quelqu'un « que veux-tu ? », mais aussi dire « tu peux, et tu peux encore plus que cela » (Zielinsky, 2009 :4)

2.1.3 L'ouverture sur l'extérieur et l'ancrage territorial

La notion de partenariat est intimement liée à la notion de maillage territorial. Aussi il est utile de préciser que l'établissement est situé sur le territoire de la métropole amiénoise, pôle urbain regroupant un peu plus de 180000 habitants. Les imposants bâtiments patrimoniaux en briques et son grand parc arboré et aménagé de 4 hectares confèrent à l'établissement un environnement très paisible et serein. La commune d'implantation de l'établissement, Cagny, située à l'Est d'Amiens compte 1200 habitants. Il s'agit d'un bourg de banlieue avec plusieurs commerces de proximité et services, jouxtant directement la ville d'Amiens. L'établissement est desservi par les bus d'Amiens Métropole et se trouve à 3 min d'un accès à la rocade d'Amiens et d'une gare SNCF desservant Paris. L'EHPAD, implanté sur la place du village bénéficie à la fois d'un environnement très calme, apprécié par les personnes accueillies et profite des avantages et de la proximité immédiate d'un grand centre urbain. Ce mono-établissement de taille moyenne s'inscrit pleinement sur son territoire et est ouvert à son environnement via un travail en réseau avec d'autres EHPADs ou encore grâce à la formalisation de nombreux partenariats.

L'EHPAD a conventionné de nombreux partenariats avec les centres hospitaliers (notamment pour le Plan Bleu) et cliniques, les acteurs du domicile, une pharmacie ou encore les centres de formations du territoire. De nombreux liens existent également avec les équipes mobiles et le bénéfice en est tangible : équipe mobile de psycho-gériatrie, de soins palliatifs, d'hygiène, du centre expert Parkinson, des soins de suite et de réadaptation et enfin l'équipe de soins psychiatriques de la personne âgée.

L'établissement a également créé des liens permettant d'amener des personnes extérieures à l'établissement auprès des personnes accueillies via des associations porteuses d'animations : chiens visiteurs ou encore initiation à l'aquarelle. L'établissement travaille également étroitement avec la collectivité de Cagny : un partenariat a été noué avec la mairie de manière que les habitants âgés du bourg puissent venir participer ponctuellement aux animations proposées dans l'établissement. L'objectif est double : permettre aux résidents et personnes extérieures elles aussi souvent isolées de nouer de nouvelles relations mais aussi faire connaître l'EHPAD à un éventuel futur public et le rassurer quant à la qualité des accompagnements proposés.

Nous nous attachons à créer des liens avec les EHPADs qui nous entourent également via un important travail en réseau. Nous menons des activités communes avec les résidents d'autres établissements du territoire : olympiades, tour de France, tournoi de pétanques inter-établissements en sont quelques illustrations.

Nous réalisons aussi de manière commune nos commissions gériatriques avec deux établissements voisins du territoire de manière à les rendre plus animées et attractives. Ou encore cet hiver lorsque nous avons rénové la cuisine : pendant cette

opération un partenariat a été conclu avec un EHPAD voisin du département assurant lui aussi sa fonction restauration en liaison chaude : notre équipe de cuisine est allée chaque jour confectionner les repas là-bas et revenait sur site avec un camion. Ce travail partenarial a pu être mené à bien grâce à notre réseau nous a permis de conserver notre qualité de service et de faire bénéficier les équipes d'échanges de pratiques plutôt que de passer par un prestataire externe.

L'établissement accueille également un projet innovant porté conjointement avec une autre association médico-sociale du territoire depuis décembre 2023, et ce pendant 18 mois : un chantier d'insertion prend corps dans ses murs. Le bénéfice du projet est double : rapprocher et lever les freins de personnes éloignées de l'emploi tout en suscitant l'envie de travailler pour le secteur médico-social. Les salariés du chantier d'insertion, encadrés au quotidien par une éducatrice spécialisée sur site, sont déployés à travers les différents services : soins, cuisine, blanchisserie, entretien des locaux et animation. Nous avons réfléchi le projet de manière que les personnes au service de l'animation ne prennent pas part aux animations collectives mais privilégient des moments privilégiés en chambre pour les personnes ne pouvant pas ou plus se déplacer.

Enfin, de manière à renforcer l'attractivité de l'établissement nous travaillons en étroite collaboration avec l'agence France Travail rattachée notre territoire et organisons chaque trimestre des petits déjeuners de l'emploi au sein de l'établissement. C'est également un moyen de travailler l'image de l'établissement.

L'EHPAD Saint Joseph de Cagny, fort de son histoire, ses valeurs associatives, et son ancrage territorial propose un cadre de vie de qualité aux résidents. Les salariés, engagés au quotidien, concourent à maintenir une grande qualité de soins malgré le défi d'une population de plus en plus vieillissante et nécessitant une vigilance croissante. Cependant, des améliorations pourraient être apportées en matière architecturale. La réhabilitation des locaux pourrait être une opportunité pour renforcer encore le sentiment de chez soi des résidents, tout en répondant aux nouveaux défis démographiques et sociétaux.

2.2 Diagnostic immobilier et architectural

Dans un lieu de vie tel qu'un EHPAD il est indispensable de s'intéresser également aux aspects structurels de l'établissement. C'est dans cette perspective que je vous propose ci-dessous un diagnostic immobilier, permettant de mettre en lumière les atouts de l'existant tout en identifiant les points nécessitant des améliorations significatives.

2.2.1 Baux

L'association Saint Joseph de la Sainte Famille, gestionnaire de l'EHPAD, loue à l'Association Immobilière du Quartier de Noyon⁵. Deux baux sont rattachés à l'établissement. L'un commercial date de février 1997 et reconduit depuis pour les immeubles historiques, parc et dépendances. Ce bail stipule que les gros travaux de type changement d'huissieries ou interventions importantes sur le système de chauffage sont à la charge du bailleur tandis que l'entretien courant est à la charge du preneur. Un second bail, à construction celui-ci, a été établi en mars 2020 pour permettre le début des travaux d'extension qui ont permis d'ériger le bâtiment F : il autorise la création de 1091m² de surface de plancher à destination de chambres et d'espaces collectifs. Cette location représente près de 160 000 € à l'année dans le budget de la structure.

L'association gestionnaire de l'établissement est actuellement en lien avec l'association propriétaire pour présenter une offre de rachat du terrain et des bâtiments. Cette option permettrait de rassurer les financeurs d'un projet de développement, l'association gestionnaire serait ainsi seule bénéficiaire de tout investissement conséquent. La capacité de l'établissement à se lancer seul dans un tel projet étant limitée, un organisme bancaire du territoire pourrait appuyer notre démarche en partageant l'investissement.

2.2.2 Distribution des bâtiments

L'établissement est aujourd'hui composé de 6 bâtiments (A, B, C, D, E et F)⁶ d'une surface totale de 6565 m², d'une chapelle attenante ainsi que de dépendances servant d'espaces de stockage et d'ateliers pour le service technique. Les bâtiments patrimoniaux sont d'anciens bâtis en briques s'ouvrant sur la cour d'entrée de l'établissement. Les bâtiments D et E datent quant à eux de 1995, la construction du bâtiment F s'est achevée en 2022. Les bâtiments A, B, C, D et E contrastent fortement avec le F. La majeure partie des espaces privatifs (chambres) se concentrent dans les bâtiments D, E et F, parties les plus récentes de l'ensemble.

La distribution des espaces n'est pas idéale : certaines chambres sont très exiguës⁷, les espaces de circulation ne sont plus adaptés aux besoins des publics accueillis et des professionnels : les espaces sont par exemple insuffisants pour le croisement de chariots ou les chambranles de portes du bâtiment E ne permettent pas le passage de gros fauteuils. De plus, nous ne répondons plus à nos obligations au regard des normes de construction

⁵ Cette association, propriétaire du terrain et des murs, a la charge de la gestion immobilière des biens de la Congrégation de la Sainte Famille d'Amiens

⁶ Des plans sont proposés en annexe 2

⁷ Certaines font 12m², la norme aujourd'hui se situe plus autour des 20-22m²

actuelles⁸ : couloirs et bâtis de portes trop étroites pour des civières, salles de bains inadaptées, sans douche et / ou avec marches⁹, huisseries qui nécessitent des « cales » pour en bloquer l'ouverture, plafonds mansardés...

A l'est des bâtiments D, E, et F sont implantés des parkings. On peut noter ici un défaut structurel quant à la circulation des piétons et véhicules à l'est du bâtiment A dans une sorte de « couloir » avec très peu de visibilité. Une entrée pour les véhicules existe en contrebas du parc, une réflexion autour de la voie d'accès principale à privilégier est à étudier. Un besoin émerge depuis peu suites aux changements d'habitudes des salariés autour d'un parking adapté aux vélos et trottinettes électriques.

2.2.3 Répartition fonctionnelle et contraintes structurelles

Au-delà de la distribution spatiale, s'intéresser à la répartition fonctionnelle permet de mieux comprendre comment les lieux sont investis par tous les acteurs.

L'intérieur des bâtiments répond à une répartition fonctionnelle assez classique pour un établissement de ce type : 81 chambres (dont deux doubles), un PASA, une grande salle d'animation, deux grands réfectoires, un espace dédié aux activités administratives, lingerie, cuisine, salle mortuaire et des dépendances liées aux services techniques, stockage, archives et stockage des déchets (hors DASRI). A noter cependant quelques particularités : la présence d'une Chapelle attenante à l'établissement et de deux studios isolés permettant d'accueillir des personnes très autonomes. Ces logements sont particulièrement appréciés par les religieuses qui y soulignent le calme des lieux, favorable au recueillement.

Le troisième étage des bâtiments A et C, les bâtiments historiques, ont l'inconvénient structurel d'être isolés des autres lieux de circulation : de fait les chambres de cet étage sont moins visitées que les autres. Les couloirs et chambres présentent également des fermes de charpente et poutres en treillis apparentes réduisant considérablement les espaces et rendant les circulations potentiellement dangereuses. C'est aussi ici qu'on trouve les chambres les plus exiguës. Toutes les huisseries de cet étage sont des fenêtres de toit, ne permettant pas le regard sur les alentours des résidents. Cette configuration empêche toute perspective sur l'extérieur, particulièrement pour les personnes en fauteuil ou alitées. Cet étage appelle également un questionnement urgent sur l'isolation thermique : il y fait très chaud en été et froid en hiver.

⁸ Depuis la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les ERP doivent être accessibles à tous les types de handicap. Ils doivent permettre à tout le monde, sans distinction, de pouvoir y accéder, y circuler et recevoir les informations diffusées

⁹ Seules 24 chambres possèdent des sanitaires complets actuellement

Personnes accueillies, proches, professionnels, intervenants extérieurs ont pour habitude de parler de « la maison » pour désigner l'établissement. Au-delà de la portée symbolique, cela s'incarne dans les murs : la distribution des bâtiments en croix, des couloirs d'une longueur assez limitée pour ce type d'établissement, les coudes et décochements qui peuvent a priori dérouter et donner une impression labyrinthique participent à incarner la fonction de lieu de vie des bâtiments. Le tout s'étale sur 5 niveaux : R0, R1, R2, R3 mais aussi rez de jardin et ne sont pas tous distribués par les 4 ascenseurs de l'établissement. Nous ne sommes pas dans l'horizontalité et la trajectoire rectiligne attendue dans des services hospitaliers ou sanitaires facilitant le travail des soignants. Paradoxalement cela est très rassurant et étayant pour les personnes accueillies qui ont besoin de repères spatiaux forts.

A noter malgré ces contraintes que l'établissement possède depuis plusieurs années maintenant des équipements conséquents en termes de prévention des RPS pour les professionnels : des lèves malades, verticalisateurs et des rails de transferts équipent la plupart des chambres, sauf celles du 3^{ème} étage.

Autre limite architecturale : la densité des étages n'est pas homogène. C'est un facteur de pénibilité pour les professionnels et représente une difficulté pour les managers à répartir les tâches de manière équitable : le 3^{ème} étage ne compte que 9 chambres quand le second en concentre 32. A titre de comparaison, dans la plupart des établissements où sont prodigués des soins, la moyenne se situe autour de 20 chambres dédiées à une équipe. De plus, cela peut venir interroger la répartition des nœuds de vie et espaces de convivialité pour les résidents.

En somme les locaux de l'établissement sont spacieux et idéalement situés dans un cadre agréable. Néanmoins les lieux de circulation sont étroits et l'occupation des espaces est à revoir rapidement. Le côté ancien des bâtiments patrimoniaux présente finalement presque les inconvénients de leurs avantages : l'esprit familial de la « maison » est ancré dans les murs mais va demander à l'avenir des adaptations ergonomiques d'envergure pour répondre aux besoins des publics et professionnels. Et ce avec un défi : comme garder l'esprit familial du lieu et y favoriser les interactions tout en l'adaptant au mieux aux professionnels qui y travaillent.

2.2.4 Dans l'attente de la réalisation du projet, engager tout de même l'établissement vers sa modernisation

Même si je projette d'engager l'établissement sur un projet de travaux, nous devons continuer de nous inscrire dans notre démarche d'amélioration continue. Une fois le constat de la vétusté des locaux posés et la nécessité de la réhabilitation actée, il convient de

cheminer en parallèle du projet et de maintenir la modernisation au quotidien de l'établissement.

Ainsi, à la suite de mes nombreuses requêtes et celles du CA, l'association propriétaire de l'établissement commence à changer les fenêtres des bâtiments patrimoniaux. Sont changées prioritairement celles du bâtiment E : en plus d'être mal isolées, ce sont celles-ci qui posaient de gros soucis en termes d'ouverture et nécessitaient des cales pour les maintenir ouvertes, ce qui est contraire aux dispositions réglementaires en termes de sécurité incendie.

L'établissement est aussi engagé dans le projet ESMS numérique porté par la CNSA, nous adhérons à ce titre à une grappe d'établissements dont certains sont rattachés à la fonction publique hospitalière. Ce projet nous permettra de passer le logiciel de soin et traçabilité en full web et de déployer pleinement le DUI interopérable. Nous avons apporté un soin particulier dans les critères d'éligibilité du marché au besoin de formation des professionnels concernés et de support lors du déploiement de cette nouvelle solution. La passation de l'actuel logiciel de soin à la nouvelle solution est programmée pour le dernier trimestre 2024.

Aussi, dans une volonté d'harmoniser les espaces et de minimiser le contraste entre anciens et nouveaux bâtiments, les sols des anciens bâtiments sont changés progressivement pour répondre parfaitement à ceux de l'extension et donner une impression générale d'homogénéité. Il en est de même pour les peintures des espaces communs (couloirs, salons d'étage...). Ces travaux purement esthétiques rendent les espaces communs beaucoup plus agréables. La signalétique de l'établissement vient également d'être complétée et améliorée, avec un code couleur par étage et la pose de panneaux indiquant le numéro d'étage et le bâtiment sur chaque point d'accès (sortie d'escalier, d'ascenseur, changement de bâtiment) et répéteur du SSI pour faciliter le repérage de chacun dans les locaux.

Enfin, il convient de présenter ici un autre projet, porté par l'association propriétaire du terrain et des murs. Une partie du parc vient d'être cédée à un promoteur immobilier qui va construire un béguinage : il s'agira d'un ensemble d'une vingtaine de logements pour les personnes âgées de plus de 60 ans ne nécessitant pas une aide accrue dans les actes de la vie quotidienne. Nous avons bien évidemment été consultés sur le sujet. Le béguinage ne bénéficiera pas d'espaces de vie collectifs : nous profiterons de cette opportunité pour nouer des liens privilégiés avec ces voisins du parc et ainsi leur faire profiter de certains de nos équipements. La livraison du projet est prévue pour 2027.

2.3 Des circonstances favorables au développement

L'EHPAD est un lieu de vie. C'est un postulat important pour moi en tant que directrice et je garde en tête que l'entrée dans la dépendance est souvent intimement liée à une carence du rapport à l'autre au-delà de sa dimension fonctionnelle et invalidante. Nous souhaitons que la prévalence du modèle sanitaire pour ce type d'établissement ne s'applique pas ici. Et cela s'incarne ici dans les murs : de prime abord complexe, le plan de l'établissement, fait de décochements, d'une distribution en croix des bâtiments, et de couloirs courts participe à incarner une « maison », un lieu de vie avec des repères spatiaux forts. Face à certains EHPADs très grands, de plus de 100 places, où la notion de proximité se perd et d'autres établissements lucratifs proposant des prestations plus proches de l'hôtellerie que de l'habitat, nous pensons que notre établissement pourrait occuper un segment intermédiaire, où qualité des soins et qualité de vie vont de concert, le tout avec l'âme d'un lieu de vie.

Pour cela un constat nous invite à repenser rapidement les locaux : des travaux débutés en 2020 ont permis de créer l'extension abritant 22 chambres, les salles à manger d'étages, une mise aux normes du système de désenfumage et du système de sécurité incendie ainsi que la réhabilitation des deux grandes salles à manger. Ces travaux, dont j'ai porté seule la maîtrise d'ouvrage ont fortement été impactés par la crise sanitaire et à la suite de nombreux retards la réception du chantier n'a pu prendre fin qu'à l'hiver 2024. L'avancée de ces travaux et l'ouverture de l'extension en 2022 ont mis en exergue la vétusté et l'inadaptation des bâtiments patrimoniaux.

Le CA partage et approuve cette volonté de transformation mais avec une limite claire : celle-ci ne rimera pas forcément avec développement des activités et extension forte. Les valeurs et l'esprit familial de l'établissement sont chers à chacun des acteurs de l'établissement qui expriment régulièrement leur volonté de ne pas dépasser un seuil critique en termes de capacité d'accueil. Qu'ils soient résidents, proches, professionnels, administrateurs, intervenants extérieurs ou encore partenaires, tous ceux qui passent les portes de l'établissement s'accordent à dire qu'ici règne un esprit particulier, empreint de sérénité et de bienveillance, et le CA veille à le préserver.

Enfin, mener à bien un projet de restructuration des locaux est ambitieux et nécessite de s'appuyer sur des ressources adaptées. Le contexte actuel nous propose plusieurs opportunités pour concrétiser notre vision.

2.3.1 Des sources de financements mobilisables

La situation et l'environnement que je viens de présenter témoignent bien de la multiplicité des enjeux auxquels nous sommes confrontés. Nous sommes dans un établissement qui se porte bien, néanmoins il nous faut dans un environnement complexe

et volatile nous placer dans une dynamique de veille et d'adaptation perpétuelle. Je retiendrai principalement 3 objectifs stratégiques autour desquels décliner notre feuille de route pour l'avenir :

- S'assurer de la pérennité de l'établissement et maintenir sa stabilité financière
- Garantir une offre de service en adéquation avec les besoins et attentes des personnes accompagnées
- Garantir l'attractivité et fidéliser les professionnels.

Au-delà de la nécessité d'adopter une stratégie d'adaptation et de préservation face à une évolution des attentes du public, nous pouvons profiter d'un contexte qui nous est favorable. Les pouvoirs publics encouragent à repenser et transformer l'EHPAD pour faire advenir l'EHPAD de demain.

A) Le plan d'aide à l'investissement de la CNSA

Nous sommes en 2024 sur la dernière année pour mobiliser des crédits dans le cadre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA au titre du Ségur de la santé, dont une partie est dédiée aux EHPADs. Il vise à notamment accélérer la modernisation et la rénovation des EHPADs avec pour finalité d'offrir un vrai « chez soi » aux résidents, une plus grande ouverture sur l'extérieur et favoriser leur pleine participation sociale. Ce plan présente les exigences suivantes : l'ouverture sur l'extérieur, la facilitation des soins, la qualité de conception, l'attention portée « au sentiment d'être chez soi » et une « logique transformatrice assumée ». De plus, les ARS, chargées de la gestion opérationnelle de ce plan, sont amenées à vérifier que les projets d'EHPADs ont bien été pensés avec l'appui d'une assistance à maîtrise d'usage ou équivalent, permettant d'associer la communauté de l'EHPAD (résidents, proches, salariés) à la définition du programme. Ainsi cette idée vient s'aligner avec notre volonté de redonner une plus grande autonomie aux personnes concernées en leur redonnant une expertise et un pouvoir décisionnaire.

Est également précisé au cahier des charges que « depuis 2022, le plan d'aide à l'investissement de la CNSA ne finance plus de projet dont le montant des travaux est inférieur à 800 000 euros TTC et qui ne visent qu'à procéder à des mises aux normes. En outre, chaque projet d'EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) doit obligatoirement attester d'une ouverture vers l'extérieur à l'issue des travaux. Cette ouverture peut être bâtiminaire (un tiers-lieu, un local dédié aux associations, un jardin ouvert au public...) ou organisationnelle (mutualisation d'espaces avec d'autres acteurs). » (Site CNSA). Sur les 230 000 000 € allouées pour le PAI personnes âgées 2024, 24 373 586 € sont autorisés sur la région Hauts de France pour la dernière année du Ségur.

Ce souhait de réhabilitation s'inscrit dans l'orientation n°4 du Projet régional de santé des Hauts de France 2018-2028 qui propose de garantir l'efficacité et la qualité du

système de santé, en accompagnant notamment la transformation de l'offre médico-sociale (ARS des Hauts de France, 2023 :19). Aussi, ce projet s'inscrit également pleinement dans l'orientation n°5 du schéma départemental des solidarités 2023-2028 édité par le CD de la Somme « protéger les plus fragiles en garantissant une bonne qualité de vie en établissement », décliné en objectif opérationnel « soutenir les dynamiques de diversification, de transformation et d'adaptation de l'offre ». La fiche action n°2 du même plan précise une volonté d' « accompagner les projets de rénovation, de restructuration ou construction d'établissements » (CD de la Somme : 56). Aussi en complément du financement proposé par la CNSA, le département, nous a assuré à la suite d'échanges informels de sa capacité à porter une partie également de notre projet.

2.3.2 La reprise de 15 places

Une autre opportunité s'offre également à nous : un établissement voisin de notre territoire, situé à Amiens, avec qui nous travaillons déjà de concert¹⁰, et avec lequel nous partageons des valeurs cherche actuellement à céder 15 places d'EHPAD pour redéployer son activité vers des places de résidence autonomie. Pour cet EHPAD administré par Les Petites Sœurs des Pauvres ce changement de vocation leur offrirait l'opportunité de renouer avec l'équilibre budgétaire et de répondre à un besoin émergent du territoire tandis que pour Saint Joseph ce développement du nombre de places nous permettrait de venir renforcer notre stabilité financière tout en restant sous le seuil critique et symbolique des 100 places. Même si cela exigerait une nécessaire réorganisation du travail, la qualité de l'accompagnement et la dimension familiale seront maintenus. De plus après prise de contact auprès du CD et de l'ARS, ces derniers sont favorables à un transfert de places vers notre établissement de manière à garantir une offre suffisante sur le territoire. Reste à en définir un calendrier d'exécution précis et satisfaisant pour chacun d'entre nous. En ce sens, notre stratégie s'axera également sur le développement pour répondre aux besoins localement identifiés.

2.3.3 Renforcer les équilibres financiers

Enfin, je souhaite élargir la perspective et imaginer la réhabilitation comme un levier à même de renforcer les équilibres financiers de l'établissement.

Saint Joseph se situe actuellement dans la moyenne des tarifs proposés par des établissements similaires à proposition de prestations égales. Nous pratiquons aujourd'hui des tarifs différenciés entre la nouvelle extension et les anciens bâtiments (cette différence est de 6,69€). La réhabilitation des locaux nous permettrait d'harmoniser nos tarifs et de les rehausser dans la limite des trajectoires autorisées par le département et des efforts supportables par les personnes concernées : cela pourrait augmenter nos recettes

¹⁰ Il est l'un des EHPAD avec lesquels nous animons conjointement la commission gériatrique.

annuelles de près de 190 000 €. Nous pourrions ainsi profiter d'une opportunité économique grâce à une approche réfléchie, garante de l'accessibilité de l'établissement. Ce point nécessite bien évidemment une concertation approfondie avec nos autorités de tarification pour en évaluer la faisabilité.

Je vous propose ici la matrice d'analyse SWOT, qui a l'intérêt de présenter de manière synthétique les éléments de mon diagnostic, en mettant en avant les faiblesses internes et externes de l'organisation au regard du projet de réhabiliter l'établissement.



Face à ce constat et sous l'impulsion du CA, la nécessité de rénover les locaux est devenu une évidence si l'on veut continuer à garantir notre attractivité, que ce soit pour les personnes concernées, pour les professionnels (les locaux vétustes ne permettent pas d'installer le même niveau d'équipement que dans les nouveaux services et empêchent une répartition des tâches de travail équitable) ainsi que pour répondre à nos exigences réglementaires en matière de conformité. Pour mener à bien ce défi, il nous faut repenser l'EHPAD pour en faire un véritable « chez-soi » pour les résidents, tout en créant un environnement de travail stimulant et valorisant pour les professionnels. Cela nécessite une transformation profonde des pratiques professionnelles, une intégration accrue des dimensions psycho-sociales dans l'accompagnement au quotidien, et un effort pour changer la perception des EHPADs. En redonnant de l'autonomie tant aux résidents qu'aux professionnels, ces établissements peuvent devenir des lieux de vie où la dignité, l'autonomie, et la qualité de vie sont véritablement au centre des priorités. L'architecture des EHPADs joue un rôle crucial dans le ressenti d'un environnement comme véritable « chez soi », en ce sens une réhabilitation profonde des locaux se pose avec une acuité particulière.

3 De l'idée au programme, un cheminement collectif

Amener un changement de pratiques pour favoriser l'autonomie relationnelle des personnes accueillies à l'EHPAD Saint Joseph en prenant appui sur un changement architectural est un projet ambitieux. Cela implique de se positionner dans une posture réflexive, permettant d'articuler le sens, le projet « vision » et le réel, garant d'une certaine efficacité, le projet « visée ». Le projet est à l'origine une méthode utilisée en architecture, il est à la fois dessein et dessin : « Le projet est une tentative de conjugaison entre de l'idéal et du réel avec pour objectif de concrétiser ce qui n'existe pas encore, mais à partir d'une réalité qu'il doit permettre de faire évoluer » (Combes, 2002 :37). En effet, un projet c'est à la fois une ambition, un processus et un résultat.

Il faut pour cela passer par la conduite à projet, à même d'articuler les différentes étapes de construction. Aussi je vais dans cette dernière partie vous proposer de clarifier les finalités du projet, ses objectifs, ses étapes et les résultats à atteindre et évaluer.

Je me suis pour cela inspirée depuis le début de ma démarche de la méthodologie du schéma directeur pour les années à venir, qui n'est pas un allant de soi dans le secteur social et médico-social. Il m'apparaît néanmoins en tant que directrice comme étant un outil de pilotage essentiel par sa nature prospective. Au-delà d'un simple outil de gestion il permet d'anticiper les besoins tout en restant ouvert aux innovations. Ce travail de planification est donc fondamental pour construire un lieu de vie où l'humain reste au centre, et où chaque résident peut continuer à affirmer son identité dans un environnement évolutif et bienveillant.

Ce projet ne pourra voir le jour qu'à la condition de m'engager dans une démarche collaborative, à même d'impliquer toutes les parties prenantes : gouvernance, équipes, personnes concernées, proches, partenaires et autorités de contrôle et de tarification. Cette approche est selon moi la clef de l'adhésion à la vision et au développement de l'innovation. J'adhère ainsi complètement à l'idée développée par Jean Bernard Paturet, « un projet est toujours un rêve que les acteurs tentent de réaliser et qui ne peut se penser en dehors d'une éthique du rapport à l'autre, éthique de la rencontre et de l'alliance qui permet de « coconstruire » un récit commun qui fasse sens pour les sujets » (Paturet, 2002 :68)

3.1 Mise en place du projet

3.1.1 Un constat, une ambition, des orientations

A) Susciter l'adhésion du CA

Tout projet part d'une intuition, d'un sentiment, il convient ensuite de le confronter à l'épreuve du réel. Il y a longtemps que je pense qu'il est possible d'améliorer le quotidien

des personnes accueillies en établissement à travers un meilleur accompagnement. J'ai déjà pu observer, à travers les différentes améliorations de l'environnement proposé à quel point cela peut influencer sur les pratiques des professionnels et la qualité de vie des résidents. L'une des premières confrontations au réel a été pour moi d'aller confronter ma vision aux faits à travers le diagnostic que je vous ai partagé précédemment.

L'intérêt d'une telle démarche ne peut selon moi se réaliser et atteindre ses objectifs qu'en faisant en sorte que chacune des parties prenantes puissent prendre part, soient consultées et écoutées sur le sujet ; les arbitrages finaux revenant à la direction et gouvernance de l'établissement. En effet le document unique de délégation que j'ai signé lors de ma prise de fonction me laisse tout pouvoir dans le cadre de l'exécution du budget de fonctionnement. Il y est néanmoins stipulé que « pour tous les projets d'investissement, d'aménagement, transformation, réfection ou achat [...] les soumet à l'approbation du conseil d'administration ou du président du conseil d'administration ».

Aussi, un point a été proposé à l'ordre du jour lors du CA en juin 2023. Le sujet n'était pas tout à fait nouveau pour le bureau, nous avons déjà envisagé de déposer un dossier auprès de la CNSA en 2023. Lors de cette réunion j'ai axé mon propos sur le souhait de l'amélioration de la qualité d'accompagnement proposé par le biais d'une humanisation des espaces de vie qu'ils soient privés ou collectifs et une meilleure adaptation de l'offre aux besoins et attentes des personnes. Ce souhait correspond tout à fait aux missions de l'association gestionnaire. Néanmoins il n'est pas possible d'engager l'établissement dans une logique d'adaptation de l'offre dans ses locaux actuels, où les équipements hôteliers et à destination des professionnels ne répondent plus aux standards minimums requis aujourd'hui.

J'ai ainsi lors de ma présentation particulièrement insisté sur la réticence grandissante du public à intégrer des chambres vétustes et des locaux collectifs peu attrayants, ne permettant pas de mettre en adéquation la qualité de soin proposée et un certain confort hôtelier et social. J'ai également souligné l'importance de nous inscrire dans une dynamique proactive, en faisant notre le projet d'EHPAD de demain, ouvert à et sur l'extérieur. J'ai bien évidemment mis ces éléments au regard des opportunités de financement mobilisables¹¹. L'idée a été plutôt bien accueillie même si des gages de réassurance ont dû être fournis quant à la qualité de vie des résidents durant la fin des travaux. Les membres du conseil se sont montrés plutôt réceptifs à l'idée d'envisager au sein du programme la création d'une unité spécialisée et dédiée aux personnes atteintes de maladies neuro dégénératives, de type Alzheimer et apparentées, pour répondre à une problématique de santé publique grandissante.

¹¹ Lors de cette rencontre nous n'avions pas encore connaissance de l'opportunité de reprise de 15 places d'hébergement

J'ai également pu lors de cette réunion acter le fait de me faire assister via une assistance à maîtrise d'ouvrage lors de la réalisation éventuelle des travaux. Ce choix qui n'avait pas été opéré lors des réfections et de l'extension de 2020 et je trouve *a posteriori* trop lourd de porter à nouveau seule la maîtrise du projet.

Cette réunion m'a permis d'obtenir le mandat d'action indispensable pour continuer à travailler de concert avec la dirigeance, vers le maintien d'un cap commun.

L'équipe de direction dans son ensemble, mais également le CVS et le CSE ont été rapidement informés, de manière à les associer au souhait de se lancer dans un tel projet. L'adhésion et l'enthousiasme ont été plutôt globalement partagés même si l'idée de se relancer dans un grand projet immobilier a pu susciter quelques inquiétudes au sein de l'équipe de direction.

B) Des objectifs

La concertation avec le CA a permis de partager et clarifier les objectifs généraux du projet :

- Adapter l'offre d'hébergement aux attentes des personnes en sortant d'une approche axée autour d'une prise en charge médicale et aller vers l'accompagnement
- Adapter l'offre aux besoins et critères d'accessibilité PMR dans tout l'établissement
- Réhabiliter l'existant :
 - Supprimer les chambres doubles
 - Proposer des sanitaires dans chaque chambre
 - Proposer des chambres individuelles de dimension satisfaisante
- Prévoir la construction d'une extension suite à la redistribution des surfaces existante pour maintenir notre capacité d'accueil
- Réfléchir à la création d'une unité de vie protégée
- Ouvrir davantage l'établissement à et sur l'extérieur
- Améliorer les conditions de travail des professionnels
- Améliorer les performances énergétiques et le confort thermique des bâtiments

Ces objectifs me serviront de guide et de cap dans le suivi et l'exécution du projet.

3.1.2 L'assistance à maîtrise d'usage, une approche transversale et collaborative

Une fois cet aval obtenu, j'ai cherché la manière la plus adaptée pour faire en sorte que le projet de réhabilitation des locaux, support à des changements de pratiques professionnelles et des modalités d'accompagnement puisse susciter au maximum l'adhésion des personnes accueillies, professionnels et partenaires. Pour ce faire, et conformément à l'instruction de la CNSA pour le programme d'investissement, j'ai fait le choix de recourir à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) et une assistance d'usage (AMU).

Pour l'AMO, mon choix s'est porté sur un expert du secteur connu grâce à mon réseau. La société choisie possède une véritable expertise en matière de management de projet, de programmation architecturale mais aussi une véritable culture du partenariat public-privé. De plus, la société choisie a déjà réhabilité plusieurs ESSMS du territoire, dont certains EHPADs : elle peut ainsi se targuer d'une véritable connaissance des acteurs en charge des dossiers et d'une certaine appréciation des problématiques spécifiques de ces établissements. C'est un atout, gage de réussite et du sérieux du projet.

A) Présentation de la démarche

Cette même société aura également la charge de l'AMU. Moins connue que l'assistance à maîtrise d'ouvrage, elle revêt une importance cruciale dans le projet. Il s'agit d'une démarche collaborative, où « sur le terrain, l'accompagnement implique toutes les parties prenantes de l'usage — habitants et professionnels — afin que les usagers aient véritablement leur place et puissent être acteurs de leur cadre de vie bâti, notamment en tissant des liens avec l'expertise technique. Toutes les phases du cycle de vie de la production immobilière et tous les types de bâtiments collectifs sont concernés » (Livre blanc de l'AMU :8). Il s'agit d'une méthode de cocréation en matière de conduite de projet, reposant sur l'intelligence collective et s'appuyant sur les savoirs expérientiels, où les différentes parties prenantes sont considérées comme des acteurs fondamentaux des processus d'innovation et de recherche.

La démarche se caractérise par une posture d'accompagnement et un croisement des expertises de chacun : le changement ne se décrète pas mais s'accompagne, d'autant plus lorsqu'il s'agit du cadre de vie. Cette approche favorise l'acceptation et l'appropriation du projet. De plus, la place d'acteur octroyée à chacun permet de limiter les résistances aux changements et favorise l'adhésion : « Les commanditaires et usagers témoignent des résultats positifs de ces nouvelles missions, avec notamment une appropriation effective par les usagers du projet constructif et de leurs espaces de vie ou de travail, un sens retrouvé de l'acte d'habiter et de construire, une fluidité dans les relations entre les parties prenantes de l'usage, » (*Ibid.* :8)

B) Méthodologie

Cette méthode, bien qu'appropriée différemment selon les contextes d'intervention repose sur une base de travail commune (*Ibid.* :11) :

1. La décomposition des problèmes posés par un travail collectif, ponctué de choix et d'arbitrages par la maîtrise d'ouvrage (l'organisation de temps de réunion)
2. La prise en considération simultanée des dimensions techniques, d'usages, de gestion, dans leurs implications socio-spatiales tout au long du processus (la présence des différents acteurs à ces réunions)

3. Une organisation précise d'un processus de concertation autour de trois instances : décisionnelle, opérationnelle et d'usage

4 La production d'un document programmatique, ni normatif ni purement prescriptif, s'élaborant de manière itérative, à chaque phase du processus de concertation (dans notre cas le processus doit dans un premier temps déboucher sur un document liminaire appelé préprogramme, que l'AMU traduira en programme technique détaillé (PTD), conformément au cahier des charges de demande de subvention porté par la CNSA).

Ce processus itératif où les choix s'opèrent de manière transversale, permet de limiter les écarts entre les horizons d'attente et le réalisé. Le rôle de l'AMU est également primordial dans la mesure où il exerce une véritable fonction de médiation entre les parties prenantes pour faciliter le dialogue et permettre, de sa position tierce de dépasser certains éventuels blocages. Enfin, valoriser la place des usagers (au sens de ceux qui en auront l'usage ici) dans un processus de construction, que ce soit lors des phases de conception ou de réalisation permet d'imprégner les professionnels dans une culture du projet et d'adopter un positionnement éthique vis-à-vis des personnes accompagnées, en faisant le choix de faire avec elles. C'est selon moi une manière de remettre l'humain et du lien au cœur même du projet, d'aller au-delà d'attendus en matière de mise en conformité, en prenant en compte les besoins et attentes de ceux qui en feront l'usage.

D'autant plus que nous sommes ici face à un projet de réhabilitation qui doit prendre en compte l'existant et demeurer respectueuse de l'histoire des lieux et de ses usages.

D'où le terme de démarche collaborative qui prend ici sens : on se situe dans l'horizontalité, où chacun arrive avec son point de vue, son expertise d'usage, peut le discuter avec toutes les parties prenantes. Le tout dans un but partagé et collectif, la réussite de la réhabilitation de l'établissement.

3.1.3 Méthodologie et synthèse de la programmation du préprojet

Une fois les objectifs généraux définis et la méthodologie de travail, nous avons conjointement avec l'AMU défini un déroulé allant jusqu'au dépôt du préprogramme, servant de base au dossier de demande de subvention et par la suite aux architectes en vue de guider leurs propositions.

A) Organisation des groupes de travail :

Seront présents lors des différents temps de rencontres :

- Résidents et leurs proches : recueil direct de besoins et attentes
- Personnel des différents services : identifier les besoins en termes de fonctionnalité des espaces, ergonomie et sécurité
- Equipe technique (AMU, techniciens de l'établissement) : étude faisabilité et traduction technique des attentes exprimées

- Gouvernance et direction : garant de l'adéquation du projet à la vision stratégique de l'établissement, du respect des contraintes budgétaires et de la conformité réglementaire des décisions prises

Les membres du CVS et CSE sont bien évidemment inclus dans ces groupes. L'architecte ayant réalisé l'extension de 2020 et les bureaux de contrôle seront également sollicités ponctuellement, hors temps de réunions, pour leur expertise technique et leur connaissance des locaux existants. Les partenaires externes seront eux sollicités dans un second temps pour intégrer la dimension sociale et territoriale du projet.

B) Planning des réunions

Les groupes de travail s'articuleront autour de trois temporalités distinctes :

1. Phase de diagnostic partagé, recueil des attentes et définition des axes prioritaires
2. Phase de discussions, élaboration de propositions et des premiers arbitrages
3. Phase de synthèse et de validation avant le dépôt du préprogramme

Ces temps de travail ont eu lieu de mi-novembre 2023 à fin mars 2024.

C) Communication

Pour garantir l'engagement des équipes dans cette méthode de travail nouvelle et garantir la réussite de l'entreprise, la communication est cruciale. Elle permettra de garantir la cohésion autour du projet et d'en impulser la dynamique. La communication sera également un moyen de garantir la transparence dans les processus de prise de décision, et de devenir ainsi vecteur de confiance. Plus qu'un outil au service du projet, c'est un levier stratégique pour la réussite du projet.

Pour cela chaque temps de travail fera l'objet d'un compte-rendu diffusé aux participants et chaque séance de travail commencera par un feed-back sur la réunion précédente. La communication sera ainsi au service de la réduction des résistances au changement et un vecteur de l'engagement des équipes.

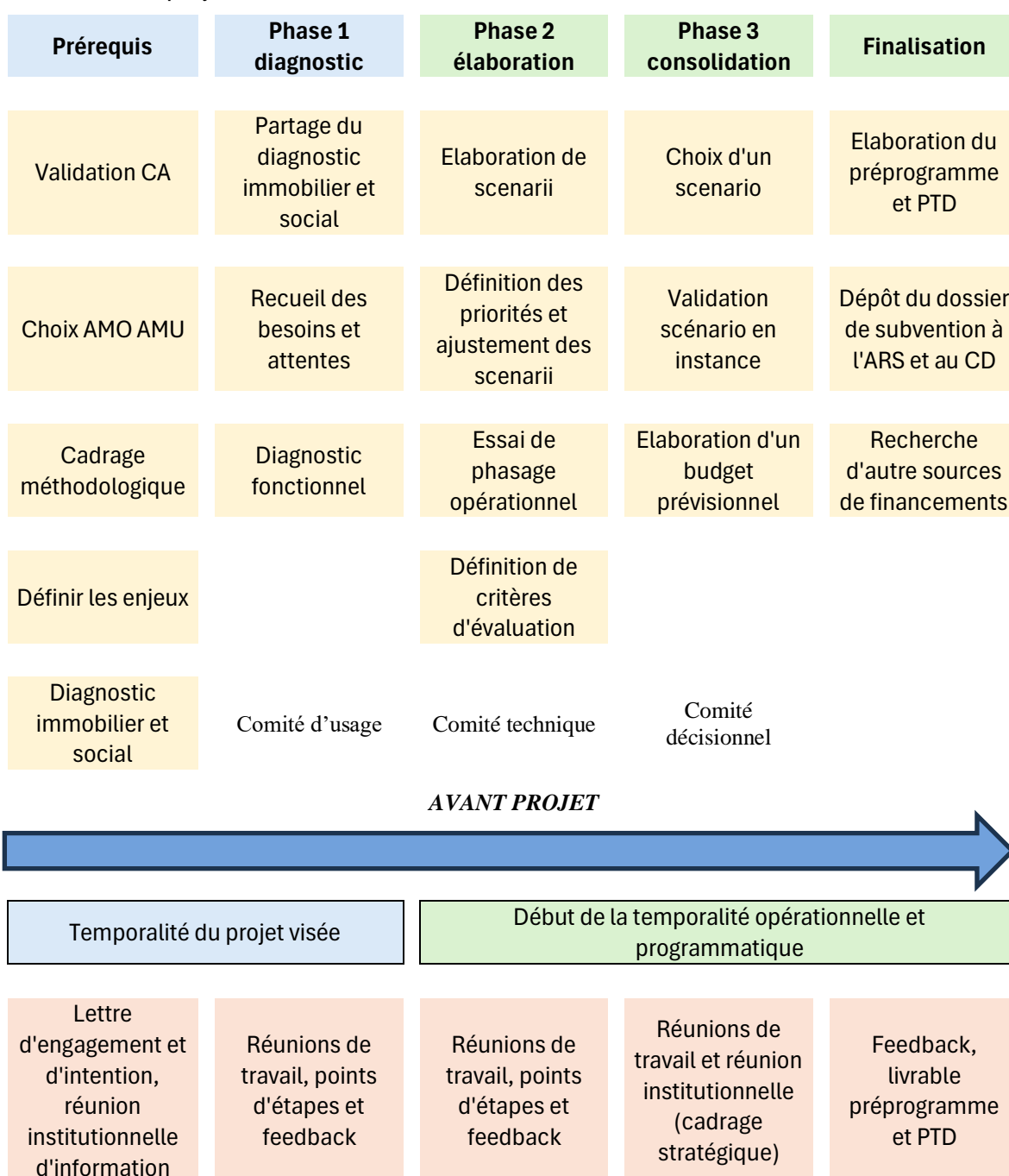
Enfin, l'aspect communicationnel sera maintenu tout au long du projet, au-delà des réunions initiales, lors des phases d'exécution et de suivi du projet de réhabilitation. J'envisage d'alors m'appuyer sur le management visuel : ce sera alors un outil au service d'une communication transparente et favorable à l'engagement des chacun tout au long du projet. Cette technique a également le mérite de clarifier des projets complexes.

J'ai donc souhaité faire de l'élaboration du projet de réhabilitation de l'EHPAD Saint Joseph une aventure humaine et commune. Je souhaite que la démarche de l'AMU nous permette à terme d'aller au-delà d'une simple réflexion architecturale pour améliorer l'accompagnement des personnes accueillies.

3.2 La conduite de l'avant-projet

Une fois ces premiers jalons posés, les objectifs clarifiés et la méthodologie posée, il est temps maintenant de passer à l'exécution opérationnelle du projet. Celui-ci, de par sa nature s'inscrit dans le temps long et nécessite de nombreux travaux préparatoires pour le consolider. C'est une étape essentielle pour donner à ce projet ambitieux une base solide. J'ai choisi par souci de clarté de regrouper toutes ces étapes sous le terme « avant-projet » mais ces étapes liminaires sont fondamentales et font bien partie à part entière du projet dans son ensemble à mes yeux.

Je vous propose ici un schéma synthétisant les étapes successives nous menant au lancement du projet :



Ce schéma, relatif au cycle pré-opérationnel du projet sera suivi ensuite par la phase opérationnelle comprenant les deux grandes phases d'études architecturales et de maîtrise d'œuvre puis de réalisation.

En somme, en choisissant de combiner démarche collaborative, méthodologie et une communication transparente, je m'assure de poser des bases solides pour la réhabilitation de l'EHPAD Saint Joseph.

3.2.1 Les comités d'usage et technique

Le souhait de recourir à l'AMU dès l'avant-projet permet immédiatement de se positionner de manière nouvelle. Même si je m'inscris dans une forme de management situationnel dans l'organisation, force est de constater que j'ai plus naturellement recours au style déléгатif face à l'équipe d'encadrement du fait du grand climat de confiance qui règne entre nous tandis que j'adopte le plus souvent une posture persuasive face à l'ensemble des équipes. J'admets ainsi souvent avoir le contrôle sur ce qui se déroule en interne et ne pas laisser une grande autonomie aux équipes.

La démarche induite par l'AMU m'oblige, et permet de situer l'ensemble des membres de l'équipe de direction et moi-même dans une forme de management différente, plus participative.

Les réunions concernant l'avant-projet ont été au nombre de 7.

La réunion inaugurale a permis de lancer officiellement la démarche de réhabilitation de l'établissement : elle a fait l'objet d'une présentation des ambitions du projet par le Président du CA et moi-même. Elle a également été l'occasion de présenter l'AMU en charge du dossier et son rôle. Les participants, nombreux ce jour-là, ont témoigné de l'intérêt suscité par le projet. Ce temps a permis de recueillir les premières attentes des parties prenantes tous azimuts. Proposition a été faite à chacun d'intégrer le comité d'usage et le comité technique. Peu après ceux-ci se sont stabilisés autour d'une équipe de 12 personnes avec l'AMU. On y trouve des résidents, des représentants des familles (et membres du CVS par ailleurs), deux techniciens, la responsable d'unité de soins, une IDE, la psychologue, une ASG (également membre du CSE) et moi-même. Ainsi, au gré des disponibilités de chacun, chaque réunion comptait environ 10 participants, taille idéale pour susciter le débat et les questionnements tout en permettant à chacun de s'exprimer.

Les réunions suivantes, autour du comité d'usage, ont été consacrées à l'établissement d'un diagnostic partagé pour vérifier la pertinence des objectifs prédéfinis et vérifier que des points essentiels n'ont pas été omis. Il a fallu pour cela recueillir les souhaits de chacun, résidents, proches, professionnels, administratifs et agents techniques. Les échanges lors de ces temps de travail ont pu être appréciés au regard de la fonction de médiation exercée par l'AMU, garant de l'objectif commun du projet sans négliger les aspirations de chacune des parties.

Un autre cycle de 3 réunions avec le comité technique a été consacré à la fonctionnalité des espaces. Il a alors été question de questionner les espaces nécessaires pour chaque usage et de leur emplacement idéal les uns en fonction des autres. Ces temps ont fait l'objet de vifs débats, de surprises mais ont aussi permis de consolider le diagnostic immobilier préalablement posé.

Un troisième temps a été consacré à un moment attendu par chacun : la révélation d'un premier scénario. Un deuxième scénario, beaucoup moins coûteux, a émergé sur la proposition de la responsable d'unité de soins lors de l'une de ces réunions.

Enfin, un dernier temps de concertation, plus resserré cette fois, avec uniquement l'AMU, le Président du CA et moi-même a permis de poser les bases imaginées pour financer le projet.

3.2.2 Les besoins et attentes des personnes

Ces différents temps de concertation ont permis de faire émerger les attentes des personnes accueillies et leurs proches ainsi que des professionnels. Il n'est pas possible dans le cadre de ce travail de revenir de manière exhaustive sur chacun des points qui a fait l'objet de discussions lors de ces temps de travail.

Néanmoins, j'ai à cœur de souligner à quel point les personnes concernées, leurs proches et les professionnels sont toujours restés dans des besoins et des attentes « mesurées ». A aucun moment les souhaits exprimés n'ont semblé complètement inatteignables. De même les propos de chacun, même sur de gros points de crispations sont toujours restés modérés. Je dis cela dans le sens où finalement, imaginer ensemble l'EHPAD Saint Joseph de demain est une ambition possible.

Les personnes accueillies ont essentiellement souligné un besoin d'avoir des espaces communs qui facilitent les liens sociaux. Proposer des espaces de détente et aménager les espaces de circulation de manière qu'ils ne soient pas que des lieux de passage sont revenus régulièrement. La question de l'isolement des studios et des chambres du 3^{ème} étage, propices au recueillement et au besoin de quiétude a été mis en tension au regard d'un certain isolement relationnel.

D'autre part la présence de sanitaires individuels et adaptés dans chaque chambre a été souligné comme une nécessité absolue. Le choix de centraliser le « pool soin » dans un espace central, facilement accessible en tout point de l'établissement et bien repéré est également apparu comme un élément très rassurant.

Le sujet de l'orientation de la future extension, mais aussi le soin d'avoir des espaces lumineux, faisant la part belle aux échappées visuelles sur le parc est un élément fort de la qualité de vie pour les personnes concernées. De même, le souhait de garder l'« âme »,

l'identité de la maison avec son architecture faite de lignes brisées et de repères spatiaux forts est rapidement apparu comme un impondérable.

Enfin, l'enthousiasme suscité par les discussions dès lors qu'elles s'engageaient sur des points très opérationnels de type l'emplacement des douches dans la chambre, la couleur des couloirs ou le choix du mobilier reflète une envie certaine de s'engager plus en amont dans le projet et de venir s'impliquer dans le moindre détail. A notre charge de continuer à maintenir cette dynamique structurante tout au long du projet.

Au cours de ces temps de travail, il a été marquant de voir à quel point certaines demandes des professionnels sont entrées en résonance avec celles des personnes accueillies.

Les professionnels ont beaucoup insisté sur les modifications qui pourraient apporter une meilleure qualité de vie aux personnes et une meilleure ergonomie de travail pour leur part. Leurs remarques ont souvent pu rejoindre le diagnostic que j'avais préalablement posé : proposer des espaces de circulation plus larges, installer des sanitaires adaptés ou encore uniformiser le nombre de chambres par unité de vie.

Chaque temps de travail a dépassé son cadre opérationnel et a permis de mettre à l'œuvre de véritables questionnements éthiques : la question de l'emplacement du PASA, aujourd'hui véritable nœud de vie au cœur de l'établissement a animé le débat, celui du développement de l'offre autour d'une UVP modulable, de même que celui plus inattendu, de la place que devait occuper la chambre funéraire au sein de l'établissement.

3.2.3 Continuer de tisser des liens entre l'établissement et son environnement

Depuis plusieurs années maintenant, les politiques publiques et recommandations de la HAS nous encouragent à ouvrir les établissements. Nous souhaitons aller au-devant de ces préconisations. Habitué à sortir les résidents de l'établissement, je souhaite aujourd'hui faire davantage rentrer « l'extérieur » dans l'établissement. A ce titre le projet de réhabilitation vise à renforcer les synergies avec l'entourage immédiat de l'EHPAD dans un premier temps. J'ai donc rencontré les divers partenaires mobilisables dans le cadre de ce vaste projet en amont.

Le projet de bégainage sera également une belle opportunité partenariale de proximité. Nous comptons proposer aux habitants « du bout du parc » de bénéficier de nos espaces d'animations et de restauration et d'ainsi venir à la rencontre des personnes accueillies dans l'établissement.

Un café des aidants, porté conjointement avec la mairie de Cagny est également en cours de réflexion. Nous souhaitons également rendre accessible aux habitants des

alentours le salon de coiffure que nous mettons à disposition de la coiffeuse. Pour l'instant celui-ci se situe au 3ème étage. Nous souhaitons le faire descendre et l'implanter dans un nœud de vie de l'établissement. La coiffeuse est ravie de participer à ce projet.

Nous souhaitons également proposer dans l'enceinte du grand parc un jardin partagé, où les habitants de Cagny disposeraient d'une dizaine de parcelles. L'idée a fait l'unanimité lors d'une réunion organisée avec la mairie de Cagny.

Un refuge pour ovins pourrait également voir le jour, contact a déjà été pris avec une éleveuse du territoire qui approvisionne déjà ponctuellement l'établissement en fromage. Cette initiative pourrait être le support à la création de liens intergénérationnels entre les enfants du village et les personnes accueillies dans l'établissement.

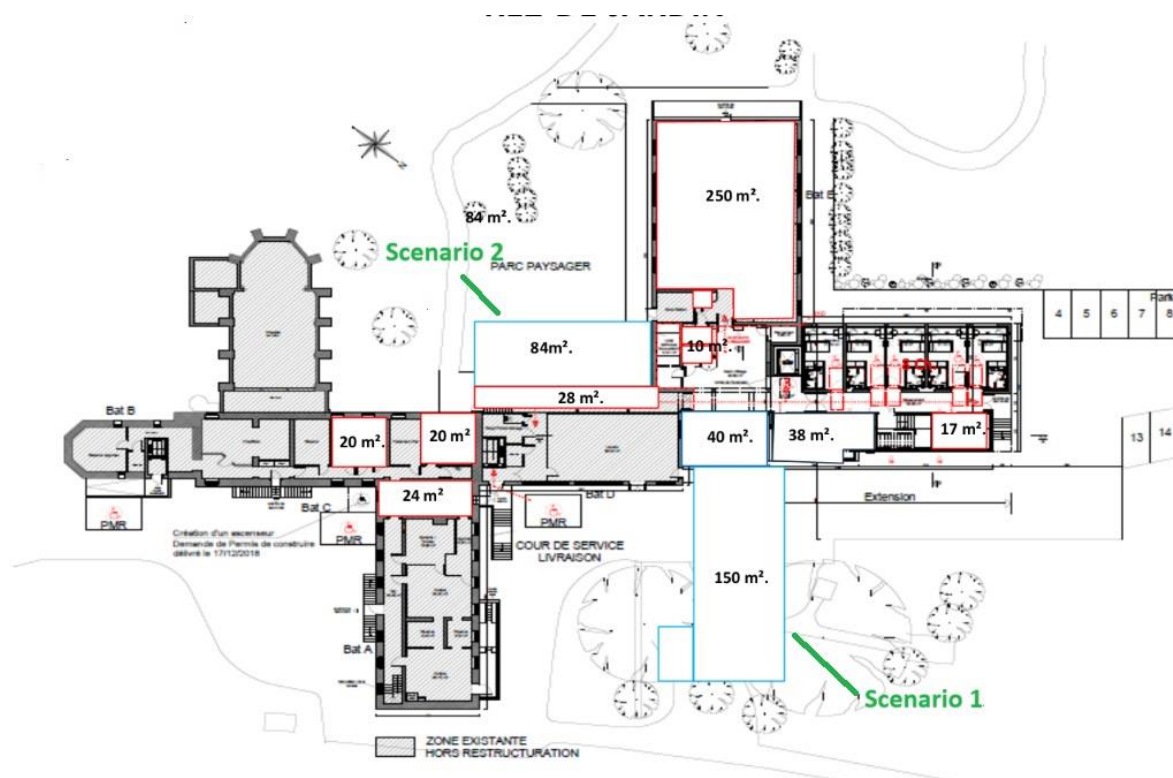
Ces pistes ont toutes été abordées en toute transparence avec l'équipe du projet et ont été discuté avec le comité d'usage.

3.2.4 Validation par les parties prenantes d'un scénario

Une fois ces temps de travail en commun posés, l'AMU s'est occupé de proposer une brève présentation de synthèse du travail réalisé et une projection des scénarii envisagés pour le proposer à la validation du CA.

Les groupes de travail avaient formulé deux scénarii concernant l'extension nécessaire à la réhabilitation pour replacer les chambres perdues à la suite de la réorganisation des espaces. Ils ont manifesté leur préférence pour le scénario 1 et le CA a suivi ce choix. Il a l'avantage de préserver la configuration « en étoile » des bâtiments actuels, de garantir une bonne exposition à chacune des chambres, des échappées visuelles satisfaisantes et de ne posséder aucun espace aveugle ou en exposition indirecte. Bien que plus coûteux que le scénario 2, l'esprit des bâtiments patrimoniaux sera ainsi davantage préservé et le niveau de qualité du cadre de vie et de travail proposé sera optimisé.

Enfin dans les 2 cas, les fonctionnalités et la lisibilité des espaces a été améliorée. Chaque chambre occupera un espace minimum de 21m², possédera ses propres sanitaires et sera équipée de rails de transferts. Tous les espaces de circulation seront élargis dans l'idée à terme de permettre de créer de petits espaces de vie pour chacun couloir ayant des fonctions d'hébergements. Le niveau 3 sera désormais consacré aux espaces de stockage et au PASA (avec la création d'une grande terrasse pour préserver le bénéfice d'un accès à l'extérieur), un pool soin et une salle de kinésithérapie seront créées, la salle d'animation sera agrandie, les zones d'hébergement ont été rééquilibrées, le barycentre de vie au cœur de l'établissement a été repensé, l'espace funéraire sera déplacé et repensé et les problématiques d'isolement et de traitement thermique ont été évaluées.



En bleu les deux propositions de scenarii d'extension comprenant les surfaces neuves, en rouge les espaces de réhabilitation lourde et en gris les espaces ne bénéficiant pas de changements.

Ce scénario comprend la modernisation de 49 chambres et la création de 23 chambres dû à la révision fonctionnelle des bâtiments avec la construction d'une extension et la reprise de 15 places. Le projet de béguinage qui sera proposé juste à côté de l'EHPAD viendra quant à lui étoffer l'offre de services du territoire. Retenons aussi que ce projet nous permettrait de créer une potentielle unité protégée en pensant les espaces avec modularité. Sur les 6565 m² de l'établissement, 3386 m² sont concernés par le projet, 2112m² en réhabilitation lourde, 416m² en réhabilitation semi lourde. A cela s'ajoute une projection d'extension d'environ 858m² Cette dernière, après vérification des bureaux de contrôle devra se faire sur pilotis pour des raisons structurelles.

Le CA a eu lieu le matin du 29 mars 2024 L'après -midi même avait lieu une réunion de restitution de l'ensemble des travaux mené par les groupes de travail auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement et la présentation de l'orientation actuelle du projet. Les partenaires ont également été conviés sur ce temps de restitution et d'échanges.

Ces validations obtenues, la rédaction des dossiers de subvention et du programme technique détaillé a pu débuter ainsi que la recherche de financements privés.

3.2.5 Consolidation budgétaire, planification et évaluation

Un tel projet doit s'accompagner des prévisions financières les plus solides possibles. Pour évaluer ces coûts, nous nous sommes basés sur des ratios pour évaluer

l'ordre de grandeur du projet. Au regard de ces premiers éléments durant cette phase de préprogramme le coût de l'investissement nécessaire s'estime à environ 8 millions d'euros (ces éléments comportent nécessairement une part d'imprécision tant que le programme architectural n'est pas arrêté) . Les dépenses évaluées et leur financements envisagés se détaillent ainsi :

Dépenses	Montant (TTC)	Ressources mobilisées	Montant
<i>Coût travaux</i>	6 701 571 €	<i>PAI CNSA</i>	3 729 643 €
<i>Prestations intellectuelles</i>	1 487 455 €	<i>Emprunt¹²</i>	3 929 643 €
<i>Assurances</i>	134 921 €	<i>Département¹³</i>	1 864 821 €
<i>Provisions pour aléas</i>	501 825 €	<i>Fonds propres</i>	200 000 €
<i>Provisions pour révisions de prix</i>	402 094 €		
<i>Coût mobilier</i>	400 000 €		
<i>Divers (huissier, reprographie, frais de dossier emprunt)</i>	96 240 €		
Total	9 724 107 €	Total	9 724 107 €

Parallèlement en interne un nouveau plan pluriannuel d'investissement sera également élaboré.

Le plan d'aide à l'investissement est financé par des fonds européens et nous invite à une grande rigueur et transparence quant à l'utilisation de ceux-ci.

A) Mise en place d'un rétroplanning

Sur ce genre de projet, il est difficile à ce stade de s'avancer sur un calendrier précis tant que les choix architecturaux définitifs et les arbitrages inhérents à la maîtrise d'ouvrage n'ont pas été opérés. Il est néanmoins possible de se projeter sur une échéance minimale de réalisation définitive à l'horizon 2028¹⁴ (un phasage en de nombreuses étapes étant nécessaire afin d'assurer un certain confort de vie aux résidents pendant l'exécution des travaux et le maintien d'une capacité d'accueil maximale)

B) Indicateurs

Un projet n'a de sens que s'il l'on note un changement de situation dans une temporalité donnée, et il faut pour cela passer par des critères d'évaluations précis à même

¹² L'emprunt est envisagé pour une durée de 25 ans à un taux de 4,50%

¹³ Hors fonds européens

¹⁴ Un rétroplanning prévisionnel est proposé en annexe 6

d'évaluer la pertinence des changements au regard des objectifs définis au lancement du projet. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrons évaluer la performance globale du projet.

Des enquêtes de satisfactions jalonnent le projet : elles s'adresseront aux personnes concernées mais aussi à leurs proches et aux professionnels. Il nous faudra également mesurer l'adhésion de la population du territoire et des habitants du béguinage via des mesures régulières de fréquentation (animation, salon de coiffure, nombre de repas partagés). Nous continuerons de surveiller les indicateurs que nous utilisons habituellement dans l'amélioration continue de la qualité dans notre établissement à savoir le registre des plaintes et réclamations, les fiches d'événements indésirables et indésirables graves (FEI et FEIG), les RETEX. Enfin, les résultats obtenus lors de notre évaluation HAS sera également un support à l'amélioration de la qualité.

Voici ceux que j'ai choisi d'appliquer pour évaluer le projet dans son ensemble :

Critère de performance	Indicateur analysé
Qualité	Résultats des enquêtes de satisfaction annuelle destinées aux résidents
	Nombre de réalisation et d'actualisation des projets personnalisés
	Nombre d'événements organisés dans l'établissement
	Nombre d'événements organisés en dehors de l'établissement
	Taux de participation aux événements
Gestion des risques	Nombre d'événements indésirables déclarés
	Nombre de plaintes et réclamations
	Nombre de chutes
	Temps de réponse aux appels malade
Ressources humaines	Résultats des enquêtes de satisfaction annuelle destinées aux professionnels
	Taux de turn over
	Nombre d'AT-MP
	Nombre de jour d'absentéisme
	Taux de participation aux réunions
Coût et délais	Mesure des écarts entre budget prévisionnel et réalisé
	Mesure des écarts entre planning prévisionnel et réalisé
Impact RSO	Nombre de partenariats noués
	Mesure des économies réalisées en matière de consommation énergétique
	Nombre d'occurrence du projet sur les réseaux et dans la presse
	Mesure d'impact des publications sur les réseaux sociaux

Ces critères s'inscrivent dans notre démarche d'amélioration continue de la qualité, aussi ils seront mesurés tout au long du projet et auront un caractère à la fois itératif et incrémental : ils amélioreront les processus tout en les enrichissant en fonction des évolutions de l'environnement.

3.3 Au-delà du projet, s'inscrire dans une démarche qualité et responsabilité sociétale des organisations

Le projet de réhabilitation de l'EHPAD Saint Joseph va au-delà du contexte architectural et des infrastructures, c'est une opportunité pour impulser des changements en termes de pratiques et de culture professionnelles. L'utilisation d'outils de pilotage à même de favoriser l'autonomie des personnes accueillies sera essentiel. Il faudra également, pour se projeter sur le long terme, dans une approche systémique, intégrer une démarche qualité/RSE. Celle-ci sera à même de proposer une vision globale et intégrée du développement de l'établissement.

3.3.1 Manager le changement

Les enjeux stratégiques inhérents à la direction d'un EHPAD, dans un environnement en perpétuelle évolution obligent à manager le changement et ainsi se placer dans une perspective d'apprentissage permanente. Penser la réhabilitation n'a de sens que si elle va de pair avec une amélioration des accompagnements proposés. Cela se conjugue avec une amélioration des conditions de travail, les deux objectifs se renforçant mutuellement.

A) Mobiliser la gestion des emplois et des parcours professionnels

Pour faire de l'EHPAD un lieu de vie où l'on soigne, l'un des premiers leviers à actionner est celui de la gestion des emplois et des parcours professionnels, plus particulièrement la formation et le développement des compétences.

Il conviendra de former davantage les professionnels essentiellement issus d'une formation sanitaire aux enjeux du médico-social. Pour cela le plan de formation sera un outil primordial. Nous expérimentons depuis peu mais avec succès un nouveau protocole d'accueil pour les nouveaux arrivants dans l'équipe. Nous organisons une journée d'accueil est organisée où l'établissement, le public et les équipes sont présentées. Nous avons pris le parti de confier le tutorat de ces journées à une ASG et référente bientraitance. Cette dernière connaît bien les problématiques du public et sensibilise ainsi dès leur arrivée les professionnels aux postures éthiques attendues au sein de l'établissement. Cette expérimentation semble fructueuse. Même s'il advient de la protocoliser davantage et d'en mesurer les impacts en termes de fidélisation sur le long terme, l'engagement des professionnels et leur appropriation des pratiques de l'établissement est palpable.

L'entrée dans la phase opérationnelle du projet va coïncider avec la prise de fonction de la responsable qualité et gestion des risques. Cette nouvelle fonction dans l'organigramme va venir en support de l'équipe de direction et pourra intervenir de manière à optimiser les processus en identifiant les charges de travail inutiles ou clarifier / fluidifier les protocoles et procédures de l'établissement.

Enfin la reprise de 15 places impliquera nécessairement un renforcement des équipes. Une réflexion approfondie en équipe devra alors être menée pour réfléchir au bénéfice du recrutement d'un moniteur éducateur. Les compétences spécifiques à cette fonction permettraient d'étayer le maintien de la convivialité et de favoriser l'autonomie des personnes accueillies. Ceci impliquerait de repenser le service d'animation à l'aune d'un service « vie sociale ».

B) Expérimenter d'autres formes de management

Renforcer la dimension sociale de l'accompagnement et leur individualisation invite également à repenser les organisations de travail : repenser les PPI, revoir le processus d'accueil, favoriser les synergies entre les résidents implique de repenser la répartition des tâches et vient interroger le rôle chacun dans l'institution.

La méthodologie de l'AMU m'a permis de me situer, ainsi que l'ensemble de la direction dans un échange horizontal innovant avec l'ensemble des équipes. Cette approche, même si elle n'est pas transposable à tout peut être inspirante à bien des égards dans la gestion au quotidien de l'organisation et m'a beaucoup appris. Elle est à rapprocher du management agile caractérisé par la gestion par projets en mettant l'accent sur l'adaptabilité et les collaborations. Les équipes en EHPAD souvent accaparées par des tâches très techniques et protocolisées, l'écueil du micro-management est un risque. Inscrire plutôt le manager dans un rôle de facilitateur et ainsi laisser place à l'innovation me semble être une perspective intéressante à mettre au travail à l'avenir. Redonner de l'autonomie à des équipes sur des temps et des missions définis pourrait redonner corps au « faire équipe » : « ce qui fonde l'équipe, c'est la prise en compte des relations dialectiques qui s'établissent – pour peu qu'on n'y fasse pas obstacle – entre tous ceux qui interviennent, quels que soient leurs rôles et leurs fonctions (de la maîtresse de maison et du veilleur de nuit à la direction), et tous ceux qui sont accueillis dans l'établissement. Faire crédit à chacun de sa capacité à penser, à dialoguer, à participer à sa façon à la qualité de la vie institutionnelle et à son pouvoir éducatif ou thérapeutique est essentiel » (Besse, 2019 :36)

3.3.2 Piloter la démarche d'amélioration continue et la qualité et travailler sur les différents niveaux de projets

A) La démarche d'amélioration continue de la qualité

Dans une organisation où chacun est responsable de ses actions dans son périmètre défini, même dans un management plus agile, il ne s'agit en rien pour la direction de se dérober. Animer la qualité au quotidien passe par l'analyse des processus, l'évaluation de ceux-ci, la mesure des risques, s'assurer de la conformité et de la qualité de la base documentaire, nécessite de réaliser un travail de veille ou encore d'évaluer la satisfaction.

La majeure partie du plan d'action du projet d'établissement 2020-2025 est d'ailleurs orienté vers la démarche d'amélioration continue de la qualité. En ma qualité de directrice, il est déjà l'heure du bilan face à ce document qui arrive à son terme à la fin de l'année. La crise sanitaire, le temps dédié à la maîtrise d'ouvrage des travaux de l'extension et les aléas du quotidien ne m'ont pas permis de mener à bien toutes les ambitions du projet.

Le recrutement d'une responsable qualité et gestion des risques est ainsi un choix à la fois stratégique et opérationnel pour rendre l'inscription de la démarche dans les pratiques au quotidien plus prégnantes et dépasser la seule injonction de mise en conformité.

B) L'imbrication des différents niveaux de projets

Comment intégrer ce projet de réhabilitation porteur de sens dans notre organisation, au-delà du temps de l'AMU ? Il est à mon sens pour cela indispensable de lui donner une traduction concrète et opérationnelle à travers l'imbrication dans les différents niveaux de projets de l'établissement. Traduction directe du projet associatif mais aussi des schéma départementaux et régionaux, le projet d'établissement, les projets de services (qui idéalement dialogueront les uns avec les autres) et les projets personnalisés seront autant d'outils à disposition des managers et des professionnels pour rendre opérationnels les changements de pratiques et les nouvelles organisations de travail à mettre en œuvre. Cela répond également pleinement aux engagements que nous avons pris dans le cadre de la signature du CPOM, notamment au titre de notre fiche action « EHPAD de demain, adaptation de l'offre » ayant pour objectif d'adapter l'offre au regard des besoins à venir des personnes accompagnées. Ce projet d'investissement engage l'établissement sur la durée, *a minima* 5 ans, ce qui vient nous poser en cohérence avec la réécriture de notre projet d'établissement.

Personnes concernées, professionnels et leurs représentants (CVS et CSE) seront aussi mobilisés face à l'enjeu de l'évaluation. Nombreux d'ailleurs sont les critères du référentiel HAS soutenant pour notre démarche, notamment ceux relatifs aux thématiques de l'accès à l'autonomie, à la co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement, les droits, l'expression et la participation des personnes accueillies ou encore la démarche qualité et la gestion des risques. Les résultats apportés par l'évaluation HAS qui sera menée au tout début de l'année 2025 seront un support idéal pour enclencher une dynamique réflexive sur les pratiques.

Le projet d'établissement sera à réécrire au cours de l'année 2025, soit au tout début des travaux. Il nous faudra réfléchir à modéliser de manière plus performative encore le projet d'établissement, en proposant des fiches actions avec des indicateurs prédéfinis, moyens et temporalité précises pour aligner encore davantage nos actions et notre vision

et faire de notre projet d'établissement et nos rapports d'activités annuels de vrais outils de communication au service de l'établissement.

Le projet d'établissement viendra alors soutenir le projet de réhabilitation des locaux. Il sera un outil essentiel pour venir guider notre action

3.3.3 Engager l'établissement dans une démarche « responsabilité sociétale des organisations »

La norme ISO 26000 la définit comme des « lignes directrices pour tout type d'organisation cherchant à assumer la responsabilité de ses impacts ». La responsabilité sociétale des organisations (RSO) s'appuie sur trois piliers du développement durable et traite à la fois des enjeux écologiques, sociétaux et économiques. Les raisons de s'engager dans une telle démarche sont nombreuses. Le choix de s'y projeter dès maintenant permettrait de faire gagner l'organisation en termes de cohérence stratégique. Mettre en place des pratiques vertueuses à l'égard de l'ensemble des parties prenantes avec lesquelles nous sommes engagés fait déjà partie de nos missions.

La RSO est pourtant un sujet peu investi dans le secteur médico-social aujourd'hui alors même que beaucoup d'actions menées relèvent de la démarche et que la légitimité de ce type d'organisation à y prétendre est évidente. L'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) développe d'ailleurs depuis 2015 des publications et outils sur le sujet, témoins de l'intérêt que le sujet suscite. Pourtant rares sont les établissements familiers de la démarche. Je préfère ici le terme RSO au plus connu « responsabilité sociétale des entreprises » (RSE) : il a l'avantage d'englober toute type d'organisation, dont les associations.

Choisir d'initier une telle démarche à l'orée 2025 pour venir l'incrémenter à la réécriture du projet d'établissement et au lancement du projet de réhabilitation est une opportunité pour l'établissement: « une astuce de mise en place d'une politique RSE qui ne soit pas une ligne supplémentaire dans le budget de l'organisation peut-être de superposer à l'obligation de mise en place d'autres projets, tels que les Projets d'Etablissement ou la rénovation des Projets Associatifs, ce qui absorbe dans un premier temps le lancement de la démarche » (Doumenc, 2023, paragraphe 39).

La RSO est une approche globale de l'organisation : cela rentre en résonance avec le projet que je défends pour les personnes accompagnées. Impulsée par les dirigeants, cette démarche engageante et volontaire qui s'inscrit sur le long terme vient interroger le sens des actions menées et pose la question d'une vision commune. Elle présente l'avantage de donner un cap sur des enjeux cruciaux à venir.

A) Le développement durable

La RSO est spontanément associée au développement durable. En tant que directrice d'établissement gérant un habitat collectif d'importance j'estime avoir un devoir

d'exemplarité sur le sujet au regard des défis qui s'annoncent en la matière. C'est un sujet qui est selon moi central parce que nous gérons des bâtis certes, mais que nous nous devons d'être proactif sur le sujet bien au-delà d'attendus réglementaires. Notre mission de délégation de service public pour les personnes que nous accompagnons et les salariés de l'établissement nous y oblige. Nous veillerons, en parallèle des travaux à trouver des solutions simples et peu coûteuses. La gestion durable et la réduction de l'empreinte environnementale peuvent être soutenues par de nombreuses actions (comme la construction et mise en place d'un composteur, l'implantation de fontaines à eau dans l'établissement, déployer plus largement les agendas partagés numériques pour travailler sur une démarche paperless ou encore réfléchir à la récupération des eaux de pluie et leur réutilisation éventuelle). Nous pourrions imaginer collectivement à la création d'une charte d'éco-responsabilité, qui aura vocation à évoluer et être actualisée régulièrement, et ce en accord avec les fiches actions de notre CPOM.

Dans le cadre du projet de réhabilitation, l'amélioration des performances énergétiques de l'établissement est un axe prioritaire, premièrement parce que la législation nous l'exige. Nous nous devons en effet de respecter la nouvelle législation RE 2020 suivant le cahier des charges des bâtiments à énergie positive dont l'objectif est de limiter les déperditions thermiques des bâtiments et les émissions de gaz à effet de serre. Il nous faut également nous projeter et anticiper l'application du décret n°2019-771 dit « décret tertiaire » visant à réduire la consommation énergétique des bâtiments de 60% d'ici 2050 selon une année de référence prédéfinie. Nous réfléchissons d'autre part à une solution de chauffage innovante par biomasse.

Mais la RSO ne se limite pas à la prise de conscience environnementale, elle engage l'établissement avec ses parties prenantes. A ce titre la QVCT, l'ancrage territorial ou encore la communication en sont des éléments fondamentaux.

B) Continuer de développer notre politique QVCT

L'établissement est engagé depuis plusieurs années maintenant dans une démarche QVCT : semaine de la qualité de vie au travail organisée chaque année, charte sur le télétravail, optimisation de l'ergonomie des postes administratifs, organisation de moments conviviaux et pluridisciplinaires, coaching d'équipe, cours de sport et équipements des salles de repos en sont les exemples concrets. Néanmoins cette réhabilitation est l'occasion d'aller plus loin et s'engager encore plus encore en faveur des salariés de l'établissement. Les travaux réalisés permettront d'équiper chaque chambre de rails de transferts afin de prévenir au mieux les RPS et de proposer des chambres et des espaces de circulation aux normes en termes d'accessibilité. D'autre part comme nous l'indiquions précédemment, ce projet répondra à une nouvelle économie de la fonctionnalité concernant l'utilisation des locaux. Ces optimisations et mutualisations seront pensées avec

les professionnels concernés dans une démarche collaborative. Cette réhabilitation permettra de faire de l'établissement un outil de travail le plus performant possible, pensé par et pour les personnes qui y évoluent, qu'ils soient résidents ou professionnels. La RSO va également dans ce sens en invitant à une communication transparente, à l'observation de standards éthiques élevés et à la mise en place de mode de management participatifs.

C) Renforcer nos équilibres budgétaires

La durabilité est une notion importante dans la démarche RSO et prend tout son sens dans l'environnement budgétaire particulièrement contraint des EHPADs. Le développement durable s'applique également à la gestion des ressources. A tort perçue comme coûteuse à mettre en place (temps homme consacré aux comités de pilotage et coût initial de certains aménagements), la RSO peut-être un vecteur d'économies et d'usage raisonné des recettes et profiter, sur le long terme, à l'amélioration de la performance financière de l'établissement.

D) Renforcer le maillage territorial et communiquer sur l'image de l'établissement

Enfin un des derniers leviers importants de la RSO est l'enjeu communicationnel, qui va de pair avec le renforcement de notre ancrage territorial. S'engager en faveur de la RSO, c'est se positionner comme un établissement innovant aux prises avec son environnement. C'est un point auxquels sont très sensibles les nouvelles générations. La RSO a vocation, sur le long terme à favoriser l'engagement de chaque salarié, pour favoriser une culture commune. La multiplication des partenariats permise par le projet de réhabilitation va nous permettre d'accroître notre empreinte sur le territoire et renforcer notre visibilité.

De plus, valoriser l'engagement en faveur de la RSO est une chance pour l'établissement et permettra d'en maximiser les impacts. C'est un élément important pour développer notre marque employeur et renforcer notre attractivité. C'est également espérer continuer d'avoir des taux d'occupation satisfaisant et mettre en avant nos actions auprès de nos financeurs. A ce titre, tous les supports et occasions doivent être exploités : projet d'établissement, rapport d'activité, journées portes ouvertes, réunions partenariales... La mairie de Cagny, avec laquelle nous travaillons étroitement s'est déjà proposé de faire la promotion de notre projet à travers le bulletin communal et l'affichage numérique de la commune. Le maire m'a également convié à venir présenter le projet devant le conseil municipal.

Comme la démarche d'amélioration continue de la qualité, la démarche RSO n'est pas un projet de plus. Elle fait partie intégrante des orientations stratégiques et est une véritable opportunité pour le secteur médico-social. « La RSE est un cadre pour l'action [...] C'est oser faire en sorte que chacune de nos décisions passe par le « filtre » RSE. Toute décision, avant d'être prise, sera questionnée par la RSE » (Fabre, 2023, paragraphe 104

à 106). Aussi, s'engager dans une telle démarche permettrait d'inscrire le projet de réhabilitation des locaux dans un projet plus vaste, engageant sur le long terme. Plus qu'un guide de bonnes pratiques, c'est un cadre stratégique à même d'orienter nos décisions sur le long terme.

Enfin, dans un environnement qui tend à devenir de plus en plus concurrentiel, assumer pleinement notre action en faveur d'autrui en se posant comme garant de notre propre durabilité est un atout majeur, à même d'assurer la pérennité et l'indépendance de l'établissement.

Conclusion

Avoir une vision stratégique, au-delà d'un idéal de pensée, c'est une nécessité pour un directeur dans nos environnements en perpétuelle évolution. Le secteur des EHPADs est actuellement en pleine mutation et les aspirations à réinventer l'EHPAD sont fortes. Les changements démographiques et les nouvelles aspirations du public nous obligent, tout comme les transformations induites par les politiques publiques.

Dans le cas de l'EHPAD Saint Joseph de Cagny, s'adapter aujourd'hui, c'est s'assurer de la continuité de ses activités et de son indépendance associative, vectrice de valeurs fortes et partagées. En tant que directrice je me dois d'en être garante et de rendre un idéal associatif opérationnel et congruent avec nos actions sur le terrain en faveur des personnes âgées vulnérables. L'esprit familial de l'établissement qui s'incarne dans les murs et par la proximité entre les acteurs doit être préservé et cultivé. Face aux enjeux de pérennité, de réponse adaptée aux attentes et besoins des personnes, d'attractivité et de fidélisation des professionnels et de stabilité financière, il était indispensable de s'engager dans une démarche diagnostique pour trouver des pistes de transformation. Le choix a été fait d'engager l'établissement dans un projet ambitieux de réhabilitation, structurant à plusieurs niveaux.

Intégrer une réflexion autour de l'autonomie relationnelle dans les pratiques est un véritable tournant. Il ne s'agit pas simplement de répondre aux besoins matériels des résidents, mais de créer un environnement propice à la qualité des interactions humaines et à l'épanouissement personnel. En reconfigurant les espaces et en repensant les modes d'interactions, l'objectif est de créer un cadre où les résidents ne subissent pas leur vie en institution, mais l'investissent pleinement. Des espaces communs plus ouverts et centraux permettront une meilleure circulation des échanges, favorisant la rencontre, la discussion et la création de liens. L'implication des personnes et professionnels dans les décisions qui concernent le quotidien permettra également de renforcer ce sentiment d'appartenance et d'autonomie.

Réfléchir collectivement à la réorganisation des espaces est venu mettre en exergue le besoin d'intégrer les questionnements relatifs aux rapports et à la place de chacun dans l'établissement. Il a aussi permis de mettre au travail une nouvelle démarche collaborative. Celle-ci est annonciatrice de nouvelles pratiques, suscitant davantage d'engagement de la part de chacun et renforçant les processus d'appropriation du changement. Ce travail préliminaire se devra d'être complété par la suite par des travaux exploratoires plus

approfondis et s'accompagner d'une feuille de route opérationnelle claire et structurée nous engageant *a minima* pour les 5 ans à venir.

La phase opérationnelle du projet sera l'occasion d'emmenner un peu plus les professionnels et les habitants de l'EHPAD à faire des choix concrets. Faire d'eux des partenaires actifs du projet de bout en bout sera à même de leur redonner une plus grande autonomie. Cette démarche devra être soutenue par un projet d'établissement rassembleur faisant office de boussole en installant de nouvelles formes d'accompagnement et l'ancrage de pratiques professionnelles renforcées.

Mener ce diagnostic m'a permis de disposer d'un outil de pilotage prospectif, reliant vision stratégique et actions opérationnelles. Contrairement à la gestion patrimoniale classique des établissements médico-sociaux, souvent fondée sur l'héritage immobilier, ce projet inverse le paradigme en plaçant l'économie de la fonctionnalité des lieux au cœur de la réflexion. En partant des besoins des résidents et du territoire, nous avons ancré cet investissement dans une logique de long terme, en phase avec les politiques publiques, tout en évitant une gestion réactive et opportuniste.

Néanmoins, engager l'établissement dans un tel projet ne doit pas nous contraindre pour autant dans un carcan et la possibilité de ne pas obtenir le financement nécessaire doit être une éventualité à garder en tête. Il nous faut rester à l'écoute des besoins et innovations et plutôt qu'une feuille de route, l'imaginer comme un cap à suivre, capable de bifurcations et retours en arrière.

Sur un plan plus personnel si ce projet me tient particulièrement à cœur c'est qu'il intègre une dimension de développement d'un politique RSE. Je suis intimement persuadée que cette transformation bénéficie à chacun à divers niveaux : la limitation des coûts est une nécessité face à la survie des établissements médico-sociaux à l'avenir, la responsabilisation de chacun des collaborateurs entre en résonance avec l'autonomie des personnes et le développement de l'ancrage territorial et des interdépendances sera une étape essentielle de la réponse à apporter aux défis climatiques. Aussi, nous pourrions dès demain commencer à réfléchir au prisme d'une labellisation RSO à long terme, alignant nos engagements avec des critères éthiques et durables.

Le tout avec un idéal, au service des personnes accompagnées : que les personnes accueillies ne résident plus à l'EHPAD mais y habitent pleinement et continuent d'y entretenir et développer leur autonomie relationnelle. Transformer l'EHPAD en lieu de vie, prenant lui aussi le tournant du virage domiciliaire : en faire un lieu avec de l'épaisseur, où

chacun, peu importe son âge, continue de se projeter, de se construire, de tisser des liens et d'affirmer son identité.

Bibliographie

Articles

- Besse M. (2019), « L'équipe, ça va pas d'soi ! Comment l'instituer ? », *VST - Vie sociale et traitements*, n° 144, pp.32-36
- Boutinet J-P., DESREUMAUX A., RICHEBÉ N., BRÉCHET J-P. (2011), « Le projet dans l'action collective », *Humanisme et Entreprise*, n° 304, pp. 5-12.
- Combes J. (2002), « Les paradoxes existentiels du projet », *Empan*, n°45, Erès, pp. 37 à 38
- Doumenc C. (2023), « La RSE dans les ESSMS : une démarche fortement incarnée par les dirigeants », *Cahiers de l'Actif*, n°560-561, pp. 47 à 62 [Consulté sur la plateforme cairn.info]
- Ennuyer B. (2013), « Les malentendus de l' « autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe* 2013/5, Hors-série n°6, pp. 139 à 157
- de Faria D., (2017), « Un management de proximité au service des projets et des hommes » *Empan*, n° 107, pp.105-109
- Fabre G. (2023), « Du management de la RSE au management par la RSE », *Cahiers de l'Actif*, n°560-56, pp. 21 à 35 [Consulté sur la plateforme cairn.info]
- Gegaden A. (2023), « Transition écologique, l'urgence d'agir », *Directions*, n° 223, pp. 24-31.
- Ngatcha-Ribert L., Gondonneau A. (2021), « Changements sémantiques en gérontologie : avancée ou nouvelle langue de bois ? », *Le Sociographe*, n°74, pp. 91-103
- Paturet J., (2002), « Le projet comme « fiction commune » », *Empan*, n°45, pp.63-68
- Richelle S., Loffeier I., (2017), « Expériences de la vieillesse en établissement à deux siècles d'intervalle : l'humanisation en question », *Genèses*, n° 106, pp. 30-49
- Trincas J., Puijalon B., Humbert C. (2011), « Dire la vieillesse et les vieux », *Gérontologie et société*, vol. 34 / n° 138, pp. 113-126, Paris, CNAV

Ouvrages

- Ennuyer B. (2003), *Les Malentendus de la dépendance : De l'incapacité au lien social*, 298p. Paris, Dunod.
- Eynard C., Salon D., (2006) *Architecture et Gérontologie : peut-on habiter une maison de retraite ?*, 213p., L'Harmattan, Paris.
- Forcet J-Y., Bazelle M-L (1999), *Sortir la personne âgée de son isolement, le rôle de l'institution (re)socialisante*, Frison-Roche, Paris, 154p.
- Morin E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Seuil, Paris, 158p.
- Julie REVET HAZARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2024

Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., (2001) *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, 270p., Erès, Paris

Rapports, études et documents institutionnels

Assemblée Nationale, (2004), *Commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule*, n°1455

Bagein G., Costemalle V., Deroyon T., Hazo J-B., Naouri D., Pesonel E., Vilain A (2022) *L'Etat de santé de la population en France*, Dossier de la DREES, n°102, 70p.

Balavoine A. (2022) « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019 », *Etudes et Résultats*, n°1237, DREES, 8p.

« Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021 » (2021) Rapport sur l'isolement petit frères des pauvres n°6, 112p.

« *Baromètre sur le secteur du grand âge Vague* » (2024), Sondage Ifop pour Synerpa, (2024)

Bas P. *Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009*

Broussy L., Guedj J., Kuhn Lafont A. (2021), « Décennie 2020-2030 : l'explosion des 75-85 ans », *Les études de matières grises*, n°4, 80p.

Conseil National de la Refondation (2023) « *La Fabrique du Bien Vieillir* », *Renforcer le lien social et la citoyenneté*

Guedj J., Broussy L., Kuhn Lafont A. (2018), « Les Personnes âgées en 2030, état de santé, démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient », *Les études de matières grises*, n°1, 52p.

Guillaneuf J., Picard S., Rousset A. (2023), « Après 75 ans, des niveaux de vie moins élevés mais un taux de pauvreté inférieur à la moyenne de la population », *Insee Première*, n°1940, 4p

Haut-Commissariat au Plan et Matières Grises, (2023) « *Quand les babyboomers auront 85 ans : Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050* », 52p.

Libault D. (2019) *Concertation grand âge et autonomie*

Piveteau D. (2022), *Experts, acteurs, ensemble pour une société qui change*, 276p.

« *Politique de la vieillesse : rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse* », présidée par Pierre Laroque, 1962

Rapport du directeur général de l'OMS, (2020) « Décennie pour le vieillissement en bonne santé, Stratégie et Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé », 6p,

Schéma départemental des solidarités 2023-2028 (2023), Conseil départemental de la Somme, 64p.

« *Sixième plan du développement économique et social, 1971-1975* »

Toupin M-H (2024) « Hausse de 4,4 % du prix de l'hébergement en EHPAD en 2023 », *Repères Statistiques*, n°19, CNSA, 10p.

Ressources numériques

ARS Hauts de France (2023), « Cadre d'orientation stratégique projet régionale de santé des Hauts de France 2018-2028 »

HAS, (2022), « Accompagner dans et vers l'habitat », Note de cadrage

INRS, (2024), « Conception et rénovation des EHPAD, Bonnes pratiques de prévention », 48p

Livre Blanc de l'AMU, (2020), édité par le réseau de l'assistance à maîtrise d'usage, reseau-amu.fr

Zielinski A. (2009), « Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité », *Actes des premières rencontres sur l'autonomie : évaluer pour accompagner*, les publications de la CNSA

Sitographie

anap.fr, site de l'Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale

cnsa.fr, site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

has-sante.fr, site de la Haute Autorité de Santé

pour-les-personnes-agees.gouv.fr, site officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants

who.int, site de l'Organisation Mondiale de la Santé

Liste des annexes

Annexe 1 : Diagramme de Marchesnay

Annexe 2 : Plans de l'établissement

Annexe 3 : Photos générales de l'établissement

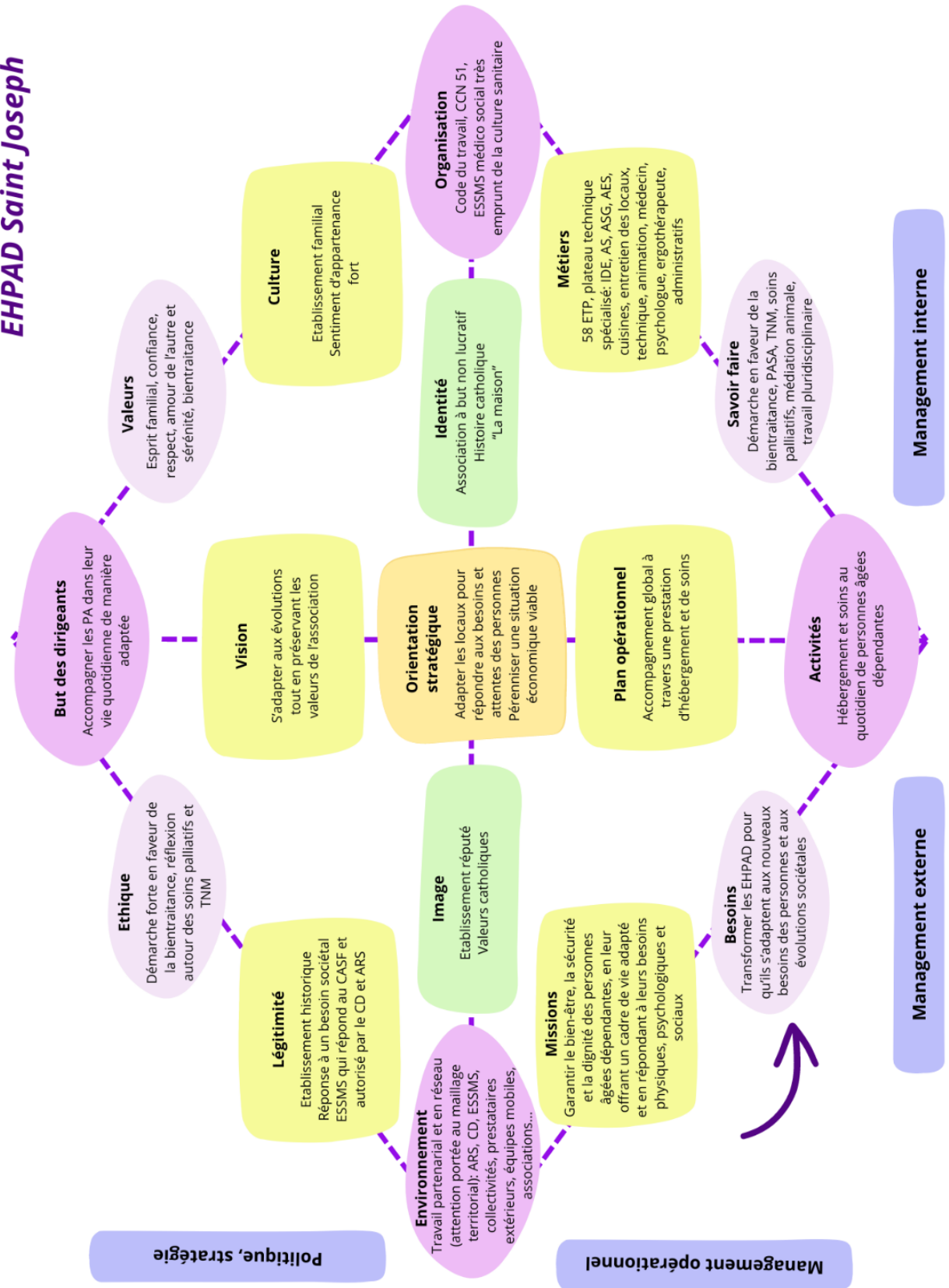
Annexe 4 : Photos de points à améliorer

Annexe 5 : Plan de communication autour du projet de réhabilitation

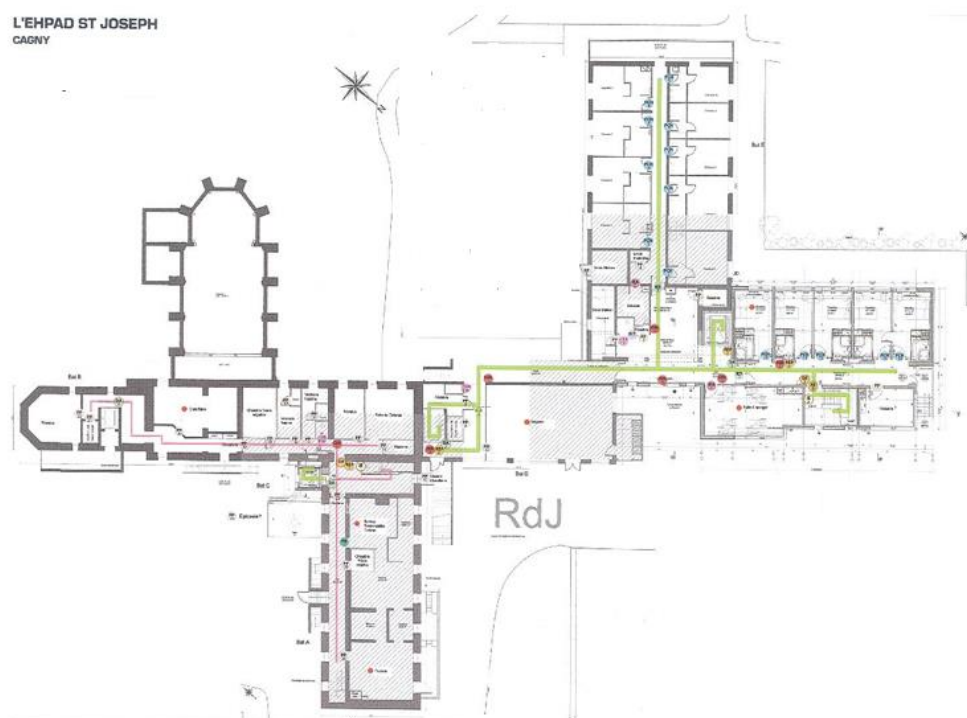
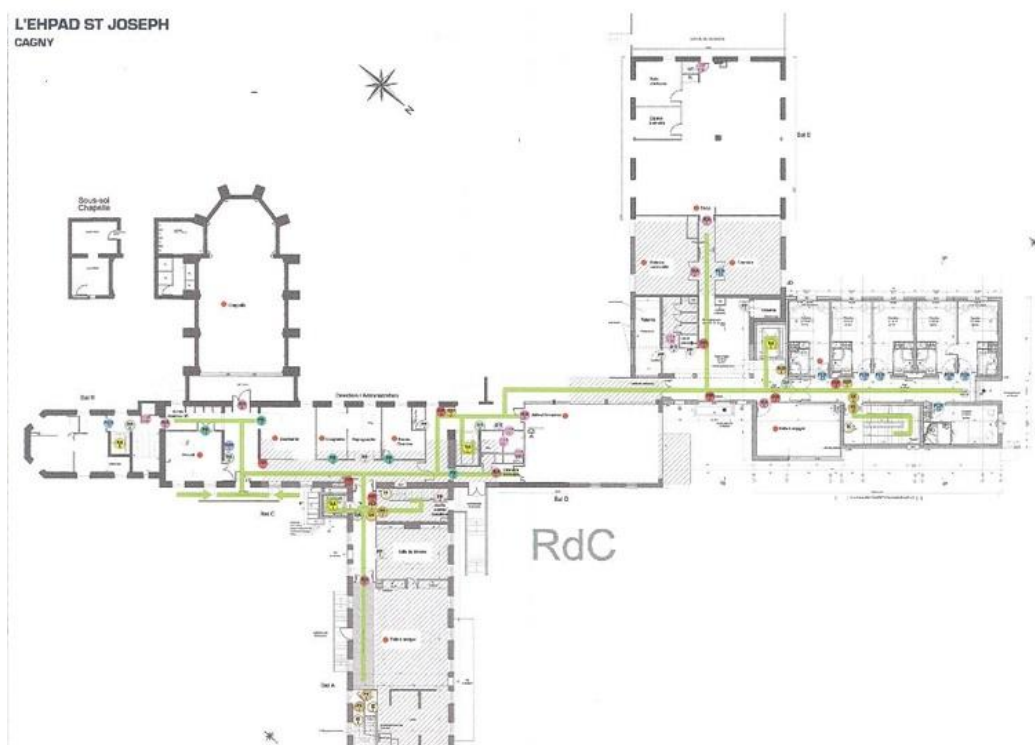
Annexe 6 : Ebauche de rétroplanning prévisionnel

Annexe 1 : Diagramme de Marchesnay

EHPAD Saint Joseph



Annexe 2 : Plans de l'établissement



L'EHPAD ST JOSEPH
CAGNY



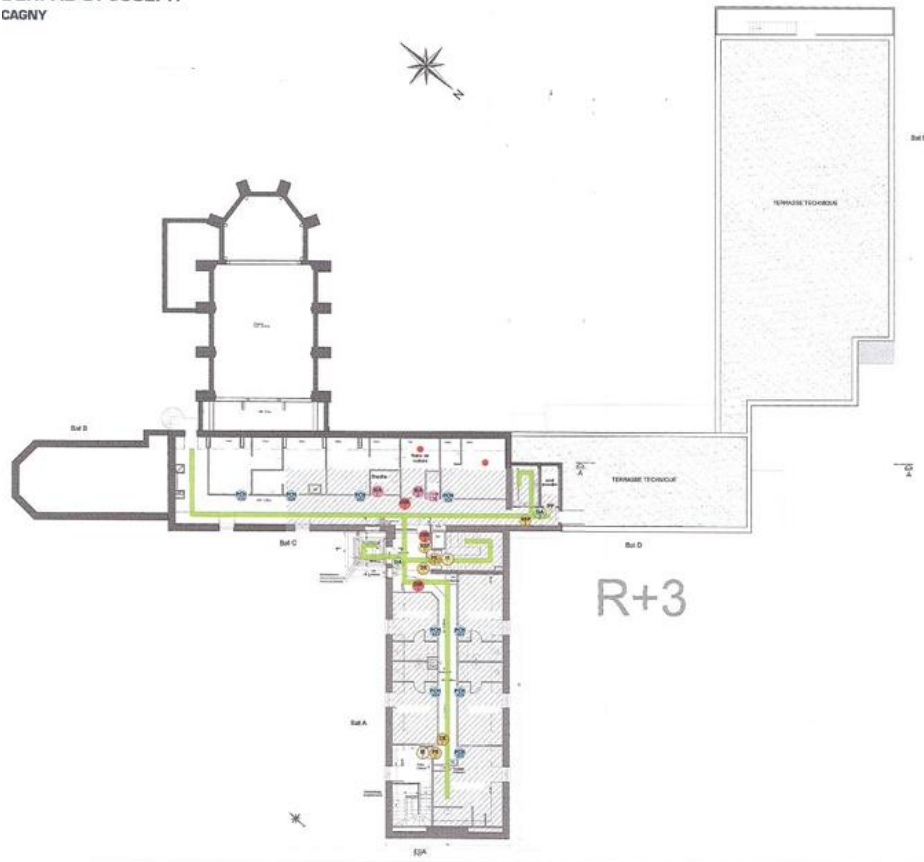
R+1

L'EHPAD ST JOSEPH
CAGNY



R+2

L'EHPAD ST JOSEPH
CAGNY



Annexe 3 : Photos générales de l'établissement

L'entrée de l'établissement et une vue de l'arrière où l'on voit les rajouts architecturaux successifs :



Une vue de l'établissement depuis le parc, avec l'extension de 2022 sur la gauche :



La Chapelle attenante à l'établissement et le parc :



Les couloirs de l'extension de 2022 et ceux des bâtiments plus anciens :



Une des petites salles à manger d'étage rénovée et le salon des familles :



Annexe 5 : Plan de communication autour du projet de réhabilitation

Action	Cible	Contenu du message	Moyens nécessaires	Pilote	Temporalité/fréquence
Présentation des différentes phases du programme de réhabilitation	CA, CSE, CVS	Etat des lieux des opérations à venir	Réunions	Directrice	Tous les 3 mois
Copil Travaux	Représentants de chaque service et résidents CA, CVS, CSE et ensemble du personnel	Informations et prises de décisions divers	Temps de travail	Equipe de direction	Janv-25
Choix d'un scénario définitif	ARS, Département	Présentation du scénario retenu	Réunions	Directrice	Mars-25
Information montage financier	CA, CVS, CSE et ensemble du personnel	Présentation des choix opérés	Courrier/ / réunions	Directrice	Mars-25
Information aux résidents	Ensemble des résidents	Présentation des choix opérés	Réunions	Responsable financière	Mars-25
Informations aux proches	Proches, familles	Présentation des choix opérés	Goûter-rencontre	Equipe de direction	Avr-25
Information aux partenaires	Partenaires	Présentation des choix opérés	Café des familles extraordinaire	Equipe de direction	Avr-25
Information à l'externe	Mairie, habitants	Présentation générale du projet	Réunion	Directrice	Avr-25
Présentation à l'externe	Réseau	Présentation générale du projet	Gouter-rencontre	Equipe de direction	Mai-25
Lancement des travaux	Résidents et ensemble du personnel	Présentation visuelle du projet	Publication vidéo RS	Chargé de communication	Juin-25
Lancement des travaux	Résidents et ensemble du personnel	Explication du phasage et points réguliers	Frise	Equipe de direction	Janv-26
Newsletter restructuration	Réseau	Points réguliers sur l'avancement du projet	Réunions	Directrice	Tous les 3 mois
MAJ site internet	Réseau	Points réguliers sur l'avancement du projet	Temps de travail dédié	Chargé de communication	Tous les 3 mois
			Temps de travail dédié	Chargé de communication	Tous les 3 mois

Annexe 6 : Ebauche de rétroplanning prévisionnel

Dates	Court terme			Moyen terme			Long terme		
	2024	2025	2026	2027	2028	2029			
Actions menées									
Dépôt des demandes de subventions	■								
Sollicitation des organismes bancaires	■								
Choix d'un scénario définitif		■							
Choix des prestataires intellectuels		■							
Conception		■							
Consultation et choix des entreprises		■							
Réécriture PE		■							
Evaluation HAS									
Réalisation des travaux (8 phases estimées)									
Réception et mise en service progressive									
Mesure des indicateurs									
Evaluation continue									
Engagement démarche RSO / réflexion									
Labellisation									

HAZARD

Julie

Novembre 2023

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : APRADIS

**AFFIRMER L'AUTONOMIE RELATIONNELLE DES PERSONNES ÂGÉES EN
EHPAD : L'OPPORTUNITÉ D'UNE REHABILITATION DES LOCAUX**

Le choix d'une démarche collaborative pour accompagner le changement

Résumé :

Le « bien vieillir » devient un sujet de débat sociétal qui occupe l'espace politique, médiatique ou encore associatif. En réponse, les politiques publiques en faveur de la vieillesse adoptent un regard nouveau sur le grand âge. Une révolution démographique et anthropologique est également en cours. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de défiance du public envers les EHPADs et le manque d'attractivité pour les professionnels du secteur.

L'EHPAD de demain doit rassurer le public et accompagner ses évolutions. Partir des besoins et des attentes des personnes concernées, repenser la dépendance comme une nécessaire relation à l'autre : c'est le point de départ d'un changement de paradigme. L'opportunité d'un projet de réhabilitation des locaux, mené avec le concours d'un assistant à maîtrise d'usage, va me permettre de conduire une démarche de changement pour repenser l'EHPAD comme un habitat ancré dans la cité.

Mots clés :

EHPAD, personnes âgées, autonomie relationnelle, vie sociale, qualité de vie, lieu de vie, collaboration, usage, réhabilitation, projet, partenariat

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.