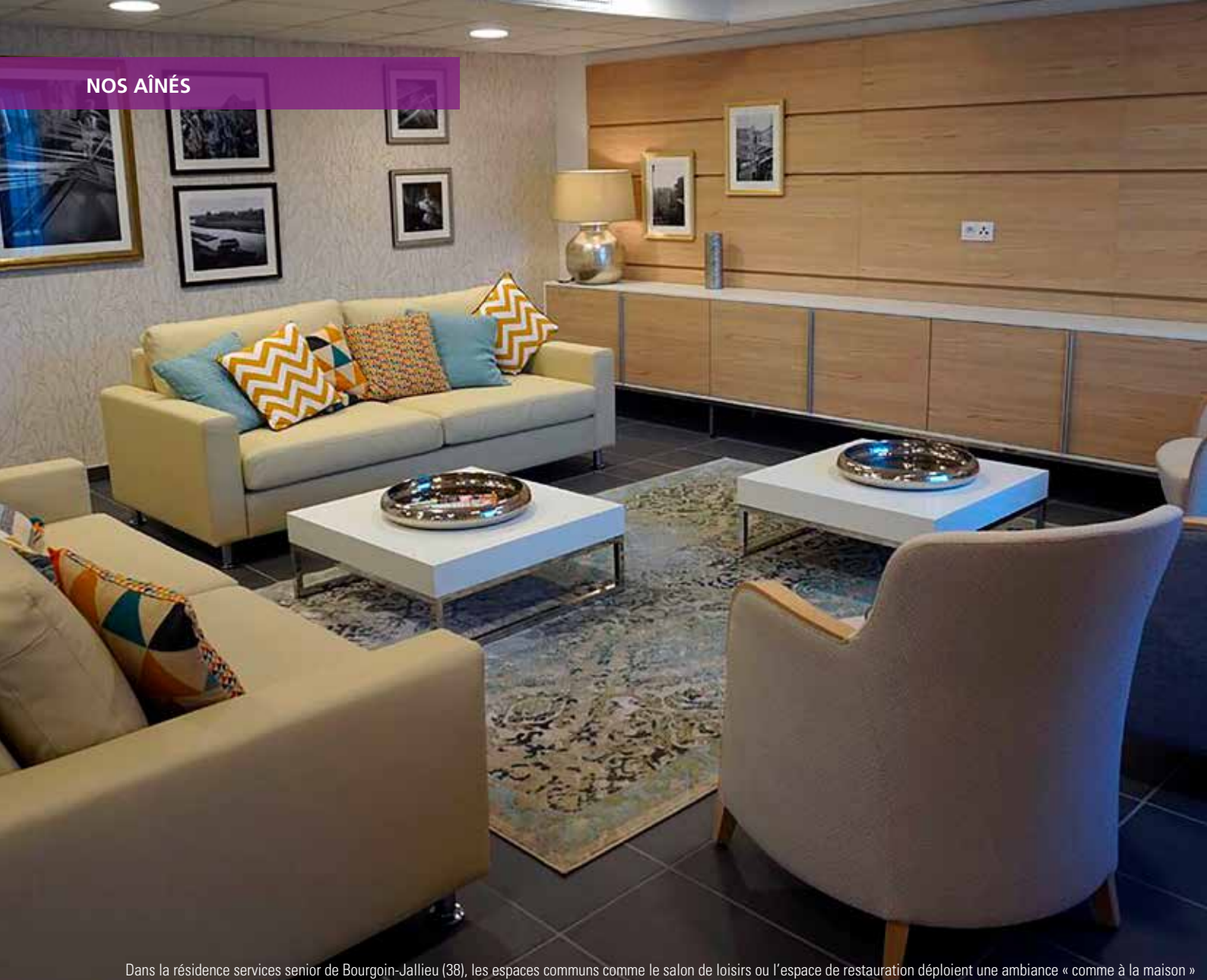




Dans la résidence services senior de Bourgoin-Jallieu (38), les espaces communs comme le salon de loisirs ou l'espace de restauration déploient une ambiance « comme à la maison »

Médico-social : Quelles réponses pour un secteur en profonde mutation ?

Le médico-social est un secteur complexe à appréhender dans sa globalité. Tout d'abord parce qu'il vise un large spectre de populations en perte d'autonomie, personnes âgées et handicapées, enfants et adultes, dont les situations et les besoins sont multiples. Il intègre aussi des établissements et des services, dans un environnement réglementaire et financier qui a considérablement évolué en 15 ans, notamment depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Si l'augmentation de la durée de vie est une chance en soi, elle est également un facteur d'aggravation de la dépendance liée au très grand âge. Les soins prodigués aux personnes handicapées ont considérablement amélioré leur espérance de vie mais allongent également leur accompagnement. À cela s'ajoutent les contraintes réglementaires et financières qui pèsent sur les opérateurs et les gestionnaires, obligeant l'ensemble des acteurs à réfléchir à de nouveaux modèles et à de nouvelles méthodes de gestion de projets. Les questions ne portent plus seulement sur les sujets — établissements et services ou leurs bénéficiaires — mais sur leurs interactions avec l'environnement dans lequel ils s'inscrivent. Comment mieux intégrer les projets de vie de ces personnes au sein d'un quartier, à l'échelle d'une ville, d'un territoire ? Comment associer les parcours de vie et de soins, les services et l'habitat ? Comment développer l'inclusion sociale de ces personnes en perte d'autonomie ? Malgré les difficultés, il semble bien que la mutation du secteur médico-social soit en marche. L'objectif : promouvoir des projets innovants mieux orientés vers les utilisateurs finaux, qu'ils soient travailleurs, habitants ou résidents.

Rencontre avec Emmanuelle Ladet, architecte associée et directrice de l'agence In Fine Paris, et Michel Platzer, ancien cadre immobilier du groupe Icade, coauteur de Concevoir et construire un EHPAD, paru aux éditions du Moniteur. Au cours de l'interview, ils ont ciblé le propos sur les EHPAD, sujet de leur rencontre et de leur collaboration dans l'ouvrage précité.



Comment le secteur médico-social a-t-il évolué au cours des dernières années ?

Emmanuelle Ladet : Mon expérience acquise en 20 ans dans le secteur médico-social — d'abord en tant qu'assistant à maîtrise d'ouvrage, puis en tant que responsable des affaires immobilières au sein d'une fondation privée à but non lucratif gérant des établissements médico-sociaux, et enfin en tant qu'architecte — m'a permis d'appréhender les projets des deux côtés, en tant que décideur et en tant que concepteur. Ce double regard a été confronté à la profonde mutation du secteur, notamment l'augmentation croissante de la dépendance des personnes accueillies (personnes âgées notamment), mais aussi à la nécessaire professionnalisation des accompagnants et aux exigences accrues d'efficacité des pouvoirs publics. La pression réglementaire qui environne le cadre immobilier de ces établissements est devenue de plus en plus forte tandis que les moyens financiers diminuent. Au sein de cet environnement contraint, l'architecte doit trouver la parade pour ne pas tomber dans le piège d'une réponse standardisée, cadrée

par des ratios fournis par certains législateurs. Un projet immobilier médico-social est un projet qui doit être porté par les personnes qui vont l'utiliser, y vivre ou y travailler. Il se fonde sur des standards mais s'avère cependant unique. Sa singularité doit transparaître du fait même de son identification au sein d'un territoire. Pour cela, le projet architectural doit être nourri des réflexions de ses utilisateurs, qu'ils soient résidents ou professionnels, notamment pour les EHPAD dont les résidents n'ont souvent guère l'occasion de s'exprimer dans le cadre du projet.

Michel Platzer : Le monde de l'immobilier valorise encore peu ses collaborations avec les EHPAD. Le système de santé français lui-même fondé sur un principe d'égalité de soins pour tous complexifie la mise en place de prises en charge personnalisées, malgré la diversité des besoins et des attentes des personnes accompagnées. Le grand défi aujourd'hui est de concevoir des structures aux procédures uniformes, cependant capables de convenir à des utilisateurs aux besoins différents. À cela s'ajoute la qualité de vie au travail du personnel et la rationalisation des procédures. Contrairement à un hôpital dont la conception est largement guidée par les process et les contraintes techniques, l'EHPAD est avant tout un lieu de vie et de soins devant privilégier le bien-être, le confort et l'accompagnement du résident. Or, ce qui paraît simple aux yeux des opérateurs immobiliers s'avère complexe si l'on prend soin d'y intégrer les projets de vie et d'établissement. Et de fait, cette dimension largement méconnue, voire sous-estimée, est par là-même souvent écartée des schémas de développement des projets immobiliers médico-sociaux.



L'EHPAD de Givors (69) s'ouvre sur la ville pour que les résidents conservent un lien social - Plan de masse



L'EHPAD de Givors a la particularité d'être connecté aux services et au territoire par son architecture et son emplacement en Centre-ville

Le secteur médico-social a-t-il anticipé ces évolutions, notamment l'évolution des besoins des résidents ?

E.L. : Concernant les personnes âgées dépendantes, les EHPAD d'aujourd'hui n'ont plus rien à voir avec les maisons de retraite d'hier. À l'époque, la plupart des résidents intégraient les structures médicalisées volontairement et encore en possession de leurs moyens vers 65 ans, afin d'éviter l'isolement et de conserver des liens sociaux. Aujourd'hui, l'accueil en EHPAD est retardé le plus longtemps possible et les résidents font rarement le choix d'y être accueillis. Ils y entrent plutôt vers 85 ans et n'y restent qu'à peine plus de deux ans. L'admission en établissement est généralement motivée par la survenue d'un accident ou par l'apparition de troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ou tout autre maladie apparentée. Ces pathologies rendent déraisonnable le maintien de la personne à son domicile car elles nécessitent une attention continue, insoutenable dans la durée pour l'aidant, la famille et l'entourage. Cependant, cet état de fait ne doit en aucun cas nous amener à négliger les attentes des personnes âgées, au profit d'une prise en charge uniforme et fondée uniquement sur leurs besoins primaires, à savoir manger, se laver, dormir. Un bon projet de vie intègre un accompagnement individualisé qui prend en compte la personne dans sa singularité, avec son histoire, son vécu et ses aspirations, même si sa faible autonomie ne lui permet pas toujours de l'exprimer pleinement.

La prise en charge des personnes handicapées a-t-elle bénéficiée de la même prise de conscience ?

E.L. : La voix des personnes handicapées est portée par le biais des associations, de parents d'enfants handicapés notamment, dont la représentation est plus importante dans les débats publics que celle des personnes âgées. Les associations de soutien aux personnes handicapées encouragent leur inclusion sociale dans la vie civile et le monde du travail. En France, les grands changements sont souvent

promus et structurés par le cadre législatif et réglementaire (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Pour ne citer qu'un exemple, l'accessibilité du cadre bâti oblige les opérateurs et les concepteurs à concevoir les projets de manière globale, afin de construire une véritable chaîne d'aménagements ciblés rendant le cadre bâti et son environnement, urbain ou rural, véritablement porteurs d'une accessibilité universelle et citoyenne. Les établissements d'hébergement spécialisés, Maisons d'Accueil Spécialisées, Foyer d'Accueil Médicalisés, Foyers de vie... s'ouvrent davantage sur la ville pour que les résidents conservent un lien social et occupent un rôle effectif dans la société. Des associations promeuvent par exemple l'offre de logements en milieu ordinaire, en proposant des petits groupes d'appartements adaptés et intégrés à des ensembles de logements classiques. L'encadrement des bénéficiaires par une équipe de professionnels apporte la garantie de la sécurité des soins et d'une intégration réussie dans le milieu ordinaire. L'objectif est de décroquer et de désinstitutionnaliser la prise en charge des personnes handicapées pour, au final, leur offrir plus d'autonomie. Le frein le plus important est souvent financier : les revenus de ces personnes sont souvent limités, ne leur permettant pas d'acheter ou même de louer leur logement. Ces demandes fortes d'habiter en milieu ordinaire poussent les opérateurs, promoteurs et gestionnaires à réfléchir aux parcours résidentiels des personnes handicapées, pour lesquels lieux de soins et lieux de vie sont intimement liés, générant des allers et retours entre habitat ordinaire et les établissements médico-sociaux.

M.P. : L'un des grands enjeux dans la gestion des établissements médico-sociaux est de dépasser l'égalité des soins prodigués qui place souvent les résidents dans une forme de passivité, nuisant à l'implication et à l'expression de leur projet de vie. En EHPAD, les gériatres s'accordent à dire que le maintien d'un contrôle sur l'environnement et la prise de décisions des personnes âgées, même très dépendantes, est bénéfique pour éviter la dégradation des capacités physiques et mentales. Le refus d'indépendance pour le résident impacte clairement sa durée de séjour en établissement, car maintenir l'autonomie d'une personne, en la sollicitant, en prenant le temps de lui laisser faire les actions qu'elle peut encore mener seule, entre souvent en opposition avec les contraintes du collectif. Ainsi, est-il plus simple d'asseoir un résident sur une chaise roulante pour l'amener jusqu'à la salle de restaurant plutôt que de prendre le temps de l'accompagner dans son périple, surtout s'il a des difficultés de locomotion.

E.L. : Cette restriction de la liberté d'aller et venir des personnes en établissement, par mesure de sécurité — outre le fait qu'elle est interdite au regard de la loi — les prive de leurs envies d'explorer, de découvrir et d'expérimenter... nuisant directement à leur autonomie et à leur qualité de vie. De même, la création d'espaces architecturaux lisses et vides de sens — et non pas habités et singuliers — n'encourage pas la perception temporo-spatiale et la motivation des utilisateurs. Des études ont montré que la perte des capacités cognitives des résidents était directement liée à la perte de mobilité. L'architecture joue évidemment un rôle dans l'accompagnement de ces personnes. Elle peut s'avérer porteuse et stimulante ou bien au contraire fonctionnelle et dénuée de sens. C'est pourquoi, il est impératif d'imaginer le mouvement, le temps et la vie avant de concevoir l'espace, de manière à créer les affordances et les signes qui donneront à faire, à voir et à continuer à vivre. Les capacités cognitives étant liées aux capacités motrices, la manière dont seront conçus les lieux sera potentiellement prothétique ou névralgique pour le maintien de l'autonomie des résidents.

Quelle part occupent les questions économiques dans la conception d'un établissement?

E.L.: L'aspect financier est une donnée non négligeable des projets immobiliers. Il ne représente cependant qu'un quart des investissements, la masse salariale étant le budget le plus important d'un établissement. Il est cependant crucial de maintenir des moyens humains suffisants pour assurer un accompagnement de qualité des résidents, notamment des plus dépendants. Dès que nous pouvons associer les acteurs de terrain et les résidents à la réflexion, le programme s'enrichit notablement, bien au-delà des standards. Au regard des projets qu'In Fine a pu mener, j'ai pu constater qu'une approche englobant contexte, historique et territoire favorisait l'adhésion des équipes au projet. Elle peut aussi aider à gommer l'image négative véhiculée par les EHPAD. La création d'un projet d'établissement médico-social ne peut donc pas reposer uniquement sur l'aspect économique mais doit répondre aux besoins d'une population et être systématiquement issu d'un contexte, d'un territoire et d'une culture.

M.P.: La qualité de la réponse architecturale découle directement de l'identité du projet. La création d'un EHPAD hospitalier, par exemple, est pilotée par une équipe d'ingénieurs hospitaliers privilégiant la fonctionnalité. Dans ce cas de figure, il est plus difficile d'optimiser les relations avec la ville. Dans le domaine associatif, propriétaires et gestionnaires ne sont pas les mêmes personnes. L'équipe de conception n'est alors, sur le plan juridique, aucunement tenue d'entretenir des liens avec le gestionnaire. Sans un architecte volontaire et un maître d'ouvrage social particulièrement sensibilisé, le projet se contente de respecter un budget alloué selon les loyers. Il n'accorde pas grand intérêt à la programmation qui reste alors très basique et peu adaptée à l'environnement et aux besoins des utilisateurs. Un gestionnaire privé à but lucratif vise, quant à lui, la rentabilité avec des projets simples et efficaces. L'ouverture sur la ville, les besoins des résidents et des équipes et la contextualisation d'un projet sont alors des notions passées au crible de l'exigence de rentabilité.

L'accompagnement des opérateurs tout au long de la construction peut-il permettre de dépasser l'hospitalo-centrisme français?

E.L.: La «*sanitarisation*» des EHPAD a certainement eu un impact sur leur conception. Malgré l'ambition souvent affichée d'éviter l'effet «*couloir d'hôpital*», les objectifs de rendement au mètre carré ont poussé bon nombre de concepteurs à reproduire le modèle simple et efficace de l'alignement des chambres de part et d'autre d'une circulation. Aujourd'hui, nous constatons toujours un fossé entre la réalité du terrain et la manière dont les projets sont pensés. Mais les choses bougent petit à petit, grâce notamment à l'influence positive des associations et des gestionnaires qui s'impliquent de plus en plus dans les projets. Cependant, cette dynamique doit s'accompagner d'une méthodologie de projet et d'un montage immobilier efficaces, faute de quoi, les meilleures volontés s'affronteront à la dure réalité du parcours du combattant prévalant au développement d'un projet immobilier médico-social: obtention des autorisations, des financements, avant même de parler projet architectural! Les fondamentaux d'un projet immobilier médico-social doivent donc s'exprimer de l'amont à l'aval, dans le programme jusqu'au projet de vie et d'établissement, afin de respecter les motivations premières des acteurs. Dans le cadre de ma collaboration avec la fondation Partage et Vie, anciennement fondation Caisses d'Epargne pour la solidarité, pour la création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes épileptiques pharmaco-résistantes — FAM des 4 jardins à St Etienne de Saint-Geoirs (38) —, nous avons mené un énorme travail de réflexion amont avec les résidents, leurs familles et les professionnels, pour élaborer un cahier des charges adapté. Le projet a été suivi, en tant que gestionnaire, en étroite partenariat avec le maître d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, tout au long de son développement jusqu'à sa livraison. Une fois livré, nous avons organisé une formation intégrant projet de soins, projet de vie et projet architectural, à l'attention des futurs utilisateurs, sorte de mode d'emploi du bâtiment, leur permettant de bien habiter et bien travailler au sein de ce nouveau lieu. Cette démarche a été plébiscitée par l'ensemble des intervenants. La réussite et la pérennité du projet sont passées notamment par l'expression des besoins, le suivi d'exécution et la juste compréhension de la conception architecturale qui en découlait.

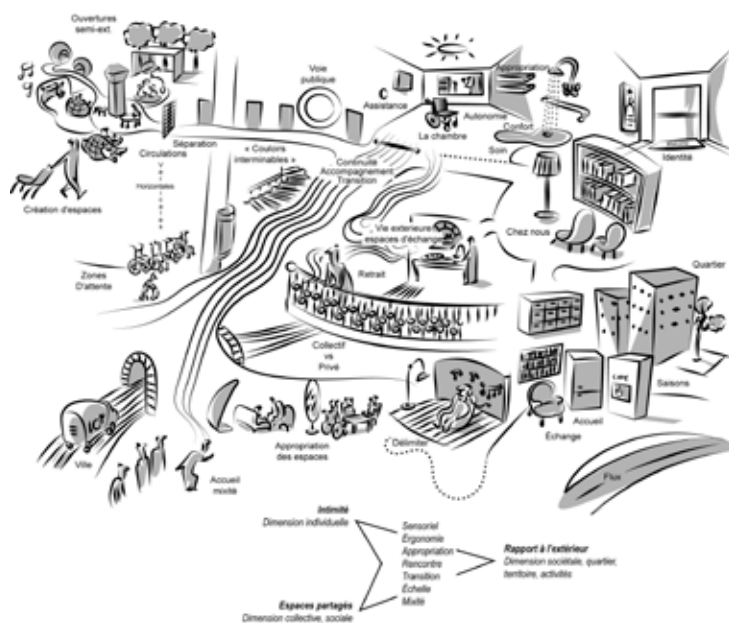


Figure 9.2
Flux d'un Ehpad
Chaque espace de l'Ehpad doit être passé au crible des flux qui le concernent.

Les espaces de l'EHPAD / Extrait de l'ouvrage Concevoir et construire un EHPAD, coécrit par Michel Platzer et Béatrice Monnier, paru aux éditions du Moniteur

Dans quelle mesure les échanges avec les utilisateurs orientent-ils le travail de l'architecte ?

M.P. : Précisons d'abord que ces échanges sont totalement extérieurs à toute procédure officielle, dans le cadre de la maîtrise d'ouvrage publique notamment. Aujourd'hui, la conception, la construction et la mise en service d'un établissement médico-social peut se faire sans qu'aucune personne âgée ou handicapée n'ait été intégrée aux réflexions ni même consultée. Certes, leur inclusion reste difficile à mettre en place dans le cadre d'un projet et demande beaucoup d'efforts aux professionnels en charge de la conception mais ils sont largement récompensés par la cohérence d'un projet pensé collectivement avec les utilisateurs.

E.L. : Un important travail de fond doit être réalisé à l'étape de préfiguration de ce type d'établissements. Or, cette phase intervient avant même la phase de programmation et n'est en aucun cas officialisée dans le cadre de la gestion de projet. L'enjeu est donc d'intégrer les utilisateurs dans nos réflexions tout en maintenant des profils variés autour de la table. C'est le meilleur moyen de trouver l'équilibre entre les attentes des habitants, l'épanouissement des résidents et les contraintes des exploitants. En réfléchissant collectivement et plus finement aux différents aspects de la prise en charge, nous pouvons viser une plus grande autonomie et un meilleur confort pour le résident, sans remettre en question le fonctionnement de l'institution. Cette approche nécessite un bon niveau de réflexions et d'échanges et doit s'accompagner de pédagogie pour développer de nouvelles modalités de prise en charge. Les meilleurs établissements sont aujourd'hui ceux dont l'ensemble des équipes, des agents de terrain aux principaux gestionnaires, ont su prendre en compte l'individualité de chaque résident.

M.P. : À ce titre, le management des équipes d'établissements médico-sociaux est un exercice parfois périlleux et peu gratifié. Sans reconnaissance, le risque est que les professionnels de ce secteur perdent motivation et intérêt pour leurs missions quotidiennes. Un projet immobilier est généralement l'occasion de replacer le projet de vie, de soins et d'établissement au cœur de la réflexion et de remettre en mouvement et en perspective les pratiques du quotidien.

Comment le secteur médico-social va-t-il évoluer au cours des prochaines années ?

E.L. : Le modèle médico-social actuel n'est plus viable, à plus d'un titre. Sa complexité réglementaire, le cloisonnement des secteurs, des donneurs d'ordre et des financeurs, les intérêts divergents des acteurs et des pouvoirs publics ralentissent voire figent littéralement les processus de décisions et donc les projets. Or, les besoins sont immenses, malgré le frein des financements publics. La prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées représente un enjeu sociétal. Notre société doit réfléchir impérativement à la place qu'elle accorde à ces citoyens. Le vieillissement de la population doit nous conduire à repenser de nouveaux modèles, fondés sur des logiques de réseaux plus solidaires. Les réponses globalisées, standardisées et institutionnelles doivent laisser place à des actions de proximité, plus équilibrées et plus humaines.

M.P. : La question des moyens est aussi au cœur du débat politique. La croissance de la population âgée, qui devrait doubler au cours des 30 prochaines années, nous oblige à repenser l'offre de santé pour éviter une grave crise sociétale. Le recrutement de personnels soignants et le financement de projets de modernisation ne seront pas suffisants à eux seuls. Aujourd'hui, des systèmes promouvant le « *vivre ensemble* » montrent une certaine efficacité. De nouveaux modèles fondés sur la solidarité, l'autonomie, la personnalisation et



In Fine a livré tout un quartier à Bourgoin-Jallieu (38) intégrant une résidence services seniors en plein cœur de ville

l'éthique de la prise en charge doivent émerger. Les établissements ou les acteurs qui ne s'inscriront pas dans cette perspective, seront voués à disparaître. L'ouverture des structures sur leur environnement et la participation sociétale des personnes âgées ou handicapées sont les clés pour appréhender au mieux l'inclusion sociale et le vieillissement de la population.