



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

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

Promotion 2001 - 2002

POUR UNE ETHIQUE DU PROJET ARCHITECTURAL

EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION DU CENTRE D'ACCUEIL GERIATRIQUE

DE PARC ER VOR

PORTANGUEN Stéphanie

Je tiens à remercier tout d'abord Monsieur LE RAY, Directeur des Résidences MAREVA, pour m'avoir accueillie dans son établissement durant ces 9 mois de stage long , pour avoir pris le temps de partager son expérience et pour ses nombreux conseils qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Je remercie également Monsieur LE GARFF, Directeur Adjoint, pour ses éclaircissements dans les aspects financiers du métier de Directeur.

Mes remerciements vont encore :

Au Docteur HOUCHOIS, pour sa disponibilité et pour ses explications sur la maladie d'Alzheimer notamment.

A Madame GILLET, cadre infirmier au sein des résidences MAREVA, pour les échanges en démarche qualité que nous avons pu avoir.

A Monsieur DALLOZ, chargé de la maîtrise d'ouvrage, et à Monsieur BLEHER, architecte, pour leur collaboration et pour toutes ces connaissances en architecture et en construction qu'ils m'ont permis d'acquérir tout au long des réunions de travail.

Je remercie encore l'ensemble du personnel des résidences MAREVA pour son professionnalisme et sa motivation au quotidien.

Je tiens à remercier très chaleureusement toute l'équipe administrative : Monique, Monique, Caroline, Catherine, Sandrine et Philippe pour leur gentillesse, pour tout ce temps qu'ils ont consacré à me faire partager la gestion quotidienne d'une maison de retraite et pour tous ces bons moments passés ensemble.

Enfin, je remercie Antoine pour sa patience, ses encouragements au quotidien et pour cette imagination de dernière minute qui a fait des merveilles.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>1-LA MALADIE D'ALZHEIMER: LE STATUT DE LA PERSONNE MIS À MAL PAR DES DÉFICIENCES INSUFFISAMMENT PRISES EN CONSIDÉRATION</u>	7
<u>1.1 La maladie d'Alzheimer: la comprendre, la repérer pour mieux l'appréhender</u>	7
<u>1.1.1 Les origines et le dépistage de la maladie</u>	7
<u>1.1.2 Les déficiences engendrées</u>	11
<u>1.2 Droits fondamentaux de la personne et maladie d'Alzheimer</u>	13
<u>1.2.1 Le respect des droits fondamentaux à l'épreuve de la maladie</u>	13
<u>1.2.2 Le respect des droits fondamentaux à l'épreuve du placement en institution</u>	15
<u>1.3 La prise en charge spécifique et adaptée du malade Alzheimer</u>	17
<u>1.3.1 L'insuffisance qualitative actuelle de la prise en charge</u>	17
<u>1.3.1.1 L'évolution de la politique d'accueil des personnes dépendantes psychiques</u>	17
<u>1.3.1.2 Vers une prise en charge de qualité</u>	18
<u>1.3.2 L'insuffisance quantitative des moyens à disposition</u>	20
<u>1.3.2.1 La situation au plan national</u>	20
<u>1.3.2.2 La situation dans le département du MORBIHAN</u>	24
<u>2 LE PROJET ARCHITECTURAL AU SERVICE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER: L'EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION DU CENTRE D'ACCUEIL GÉRIATRIQUE (CAG) DE PARC ER VOR</u>	28
<u>2.1 Des conceptions architecturales issues de l'expérimentation</u>	28
<u>2.1.1 Les principes d'une unité d'accueil spécialisée Alzheimer (ASA)</u>	28
<u>2.1.2 Des conceptions architecturales variées à destination d'une même population</u>	31
<u>2.2 Une architecture conditionnée par la réglementation en vigueur</u>	38
<u>2.2.1 L'intégration de la dimension sécuritaire</u>	38
<u>2.2.1.1 La sécurité incendie à Parc er Vor</u>	38
<u>2.2.1.2 La sécurité alimentaire et l'hygiène</u>	42
<u>2.2.2 Une démarche qualité centrée sur le respect du résident</u>	43
<u>2.2.2.1 Le rappel des textes légaux qui constituent un minimum obligatoire</u>	43

2.2.2.2	<u><i>L'architecture du CAG de Parc er Vor :un préalable pour une prise en compte plus respectueuse du résident</i></u>	45
2.3	<u>L'innovation architecturale en réponse aux déficiences engendrées par la maladie d'Alzheimer</u>	48
2.3.1	<u>Des déficiences multiples compensées par une architecture pertinente</u>	48
2.3.1.1	<u><i>Les réponses aux troubles de la vue</i></u>	48
2.3.1.2	<u><i>Les réponses aux troubles auditifs</i></u>	50
2.3.1.3	<u><i>Les réponses aux troubles du toucher et de l'appréhension</i></u>	51
2.3.2	<u>La stimulation des personnes malades: l'objectif spécifique du jardin thérapeutique</u>	53
2.3.2.1	<u><i>Un espace aménagé pour le plaisir des sens</i></u>	53
2.3.2.2	<u><i>Un espace à vocation thérapeutique</i></u>	53
3	<u>MANAGER LE PROJET ARCHITECTURAL EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC</u>	56
3.1	<u>Une succession d'étapes contraignantes mais indispensables pour la réussite du projet</u>	56
3.1.1	<u>Le préalable du projet de l'établissement</u>	56
3.1.2	<u>Les différentes étapes de conduite d'un projet en accord avec la réglementation</u>	58
3.2	<u>La réflexion concertée dans l'intérêt du résident</u>	61
3.2.1	<u>Le management participatif à l'épreuve de la réalité</u>	61
3.2.2	<u>Le rôle fédérateur du Directeur</u>	64
3.3	<u>L'intégration de la contrainte financière dans le projet architectural</u>	68
3.3.1	<u>La contrainte du prix de journée pour le résident</u>	68
3.3.2	<u>Le montage d'un plan financier pertinent: le rôle du Directeur pour susciter l'intérêt de partenaires</u>	69
	<u>CONCLUSION</u>	72
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	74
	<u>LISTE DES ANNEXES</u>	78

Liste des sigles utilisés

APD	Avant Projet Définitif
APS	Avant Projet Sommaire
ASA	Unité d'Accueil Spécialisée Alzheimer
BOAMP	Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics
CAG	Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor
CANTOU	Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Équipement
DDISS	Direction Départementale des Interventions Sanitaires et sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Point
INSEE	Institut National des Statistiques et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
JOCE	Journal Officiel des Communautés Européennes
MAPAD	Maison d'Accueil des Personnes Agées Dépendantes
MOP	Maîtrise d'Ouvrage Publique
ONDAM	Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie

Une traduction spatiale du projet de vie

*« Avant que le bâtiment ne soit construit, tout le monde est généralement d'accord :
-pour parler de technique, de règlements, de contraintes, d'esthétique et de fonctions ;
-pour dire que ce sera beau et qu'on pourra enfin travailler dans de bonnes conditions ;
-pour dire que les personnes âgées seront bien, que ce sera fonctionnel, bref que ce sera propre.*

*Lorsque le bâtiment est terminé, tout le monde est généralement d'accord :
-pour dire que ça ne marche pas bien, que ce n'est pas fonctionnel ;
-pour dire que telle salle est trop loin, que les carreaux sont glissants, que ça se nettoie mal, que les interrupteurs sont mal placés ;
-pour dire que l'architecte n'a pensé à rien, que c'est moche, que ce n'est pas lui qui y vit et surtout que ce n'est pas du tout ce que l'on voulait. »*

Didier SALON, architecte DPLG.

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui la cause de démence la plus fréquente, elle représenterait ainsi 70 % des cas diagnostiqués, soit 350 000 à 400 000 personnes. L'incidence de cette maladie est évaluée à 110 000 nouveaux cas chaque année, elle concerne en majorité des personnes âgées de plus de 80 ans. Derrière ce constat c'est un réel problème de santé publique qui apparaît. Cependant cette maladie n'est pas récente, le retard accumulé dans sa prévention et surtout sa prise en charge est dû principalement au fait qu'elle a été traditionnellement assimilée à une manifestation courante si ce n'est normale de la vieillesse.

Pourtant, devant la croissance du nombre de nouveaux cas et le désarroi des familles concernées, il semble urgent de porter toute l'attention requise à cette pathologie dont les symptômes varient selon les individus mais qui conduit inexorablement vers la perte totale d'autonomie.

Quelles sont finalement les possibilités de prise en charge offertes aux personnes souffrant de démence de type Alzheimer?

Dans 75 % des cas elles vivent à domicile en dépit de l'évolution irrémédiable de la maladie. Cependant à un certain stade l'entrée en institution devient incontournable : elles sont alors hospitalisées en long séjour ou en hôpital psychiatrique, c'est à dire dans des établissements offrant une prise en charge sanitaire exclusivement. Certaines personnes sont également accueillies dans des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, plus communément dénommées maisons de retraite.

Les Résidences MAREVA (Maison de Retraite de VANNES) ont, depuis leur ouverture en 1992, fait l'expérience de l'insuffisance de l'offre de places d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes tant physiquement que psychiquement sur le bassin de vie de VANNES. Mais leur décision de créer trois unités de vie pour personnes désorientées dans leur nouvelle structure trouve également son origine dans le quotidien difficile vécu par les équipes soignantes confrontées à des résidents présentant des pathologies démentielles.

En effet, depuis quelques années le nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer augmente. Or, malgré leur construction relativement récente, la plus ancienne structure datant de 1992 et les deux autres de 1995, il apparaît que la conception architecturale des Résidences MAREVA n'est pas adaptée à l'accueil de ce type de patients. Le **Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor** qui viendra parachever l'autonomisation de la section d'hospice du Centre Hospitalier de VANNES (à l'origine de la création des Résidences MAREVA) ouvrira en 2004 et accueillera des personnes désorientées dans 3 unités de vie de 14 places chacune.

Cependant avant le lancement d'un tel projet, une longue phase de réflexion et d'observation du comportement des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer, travail mené notamment par les équipes soignantes, a permis de mettre en évidence les besoins éprouvés et les aménagements architecturaux nécessaires afin que l'accueil soit de qualité et que les conditions de travail du personnel et de sécurité pour les résidents soient optimales. En effet, l'architecture d'une structure d'accueil pour personnes âgées dépendantes et qui plus est désorientées n'est pas neutre sur la prise en charge.

Les hypothèses qui ont été formulées préalablement au lancement des phases de programmation et de conception architecturale et qui ont donc servi de fil conducteur pour ce travail sont les suivantes :

- 1-Les personnes âgées atteintes de troubles de type Alzheimer nécessitent une prise en charge spécifique.
- 2-La conception architecturale des lieux de vie influence la qualité des conditions de vie mais aussi les conditions de prise en charge des personnes désorientées .
- 3-L'implication du personnel et des usagers en général dans le projet de construction est indispensable dans un souci d'adéquation de la réponse architecturale aux besoins révélés.
- 4-Le suivi des étapes menant à la construction doit être observé rigoureusement afin d'avancer efficacement tout en préservant l'intérêt du futur résident.

Comme l'écrit le Docteur L. MIAS :

« Nous demandons que l'architecture ait une action de renforcement de nos soins de santé, elle doit répondre à des besoins fondamentaux sans risquer de provoquer des handicaps ajoutés »¹.

L'objet de cette étude est donc de mettre en évidence les caractéristiques architecturales optimales d'une unité de vie spécialisée dans la prise en charge de patients désorientés et qui soit respectueuse à la fois de leur santé et de leur personne. Cette préoccupation nous ramène à la dimension éthique des conditions d'accueil, d'hébergement et de soins en institution.

Associer Ethique et Architecture peut sembler étonnant au premier abord. On parle d'éthique médicale le plus souvent, afin de mettre en évidence les valeurs fondamentales telles que le respect de la personne...Cependant ce rapprochement apporte un nouveau souffle notamment en termes de qualité d'accueil et de qualité de vie du résident en institution. L'éthique permet une réflexion et peut finalement mener à énoncer certains avis.

Dans une première partie nous ferons le point sur la maladie d'Alzheimer et les déficiences qu'elle engendre progressivement, déficiences qui justifient l'entrée en institution et, qui dès lors que les conditions de vie ne sont pas adaptées, peuvent mettre en danger l'exercice des droits reconnus à l'individu. Nous verrons qu'en 2002 il reste des efforts importants à consentir en matière de qualité de la prise en charge tant quantitative que qualitative malgré des progrès indéniables.

Dans une seconde partie nous démontrerons l'influence de la conception architecturale sur les conditions de vie du résident. Nous verrons que le souci d'une certaine éthique permet de répondre de manière optimale à des besoins exprimés.

Enfin nous achèveront ce travail en abordant la dimension managériale qui prévaut dans tout projet de cette envergure. Si le travail en équipe est incontournable, le positionnement du Directeur, maître de l'ouvrage, conditionne le bon déroulement du projet.

¹ L.MIAS, E DECOURT « Pour un art de vivre en long séjour ».

Il est important de préciser que cette étude repose sur l'analyse du programme de construction du Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor ainsi que sur les observations faites durant les réunions de travail avec l'architecte, les différents professionnels du bâtiment ainsi que le personnel des Résidences MAREVA.

PARTIE 1

« (...) les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain (...) ».

Introduction de la Charte des Droits et Libertés
de la Personne Agée Dépendante.

1-LA MALADIE D'ALZHEIMER: LE STATUT DE LA PERSONNE MIS A MAL PAR DES DEFICIENCES INSUFFISAMMENT PRISES EN CONSIDERATION

La maladie d'Alzheimer et les syndromes qui y sont apparentés est une pathologie complexe qui entraîne de multiples déficiences particulièrement invalidantes pour celui qui en est atteint et surtout irréversibles. Elle conduit inexorablement vers la grande dépendance. Afin de bien cerner les besoins exprimés et de mettre en évidence les risques encourus en matière de respect des droits attachés à l'individu, il est donc important de faire le point sur les déficiences engendrées. Aujourd'hui les conditions d'hébergement de ces personnes psychiquement dépendantes présentent des insuffisances qu'il est important de souligner dans notre intérêt à tous.

1.1 LA MALADIE D'ALZHEIMER: LA COMPRENDRE, LA REPERER POUR MIEUX L'APPREHENDER

1.1.1 Les origines et le dépistage de la maladie

La maladie d'Alzheimer, décrite pour la première fois en 1906 par Alois ALZHEIMER mobilise aujourd'hui médecins, chercheurs et pouvoirs publics car elle constitue véritablement un enjeu social. En effet, cette maladie touche plus de 350 000 personnes en France et son incidence augmentant avec l'âge, compte tenu du vieillissement de la population, la maladie devrait atteindre de plus en plus de personnes. La prévalence de cette pathologie augmente ainsi de façon exponentielle entre 60 et 90 ans. Elle concernerait 6 à 10 % des personnes de 65 ans et plus et de 30 à 50 % des plus de 85 ans. Les derniers chiffres n'incitent guère à l'optimisme puisqu'en 2020, la maladie d'Alzheimer pourrait concerner plus de 625 000 personnes en France selon les sources de l'INSEE.

La maladie d'Alzheimer pour être efficacement prise en charge doit tout d'abord être clairement identifiée. Les études menées ont montré qu'elle est liée à des lésions neurologiques localisées sur le cortex cérébral. On identifie deux types de lésions:

✓ Des plaques séniles constituées essentiellement d'un dépôt anormal, dans l'espace entre les cellules, de protéine bêta-amyloïde.

✓ Une dégénérescence neurofibrillaire constituée de protéines tau anormalement phosphorylées.

L'implication de ces deux protéines dans la maladie se traduit par la dégénérescence des neurones et par la destruction de leurs connexions au niveau des synapses.

Malgré les recherches en cours et les découvertes, on ignore encore les origines précises de la maladie. Des études génétiques ont conduit à distinguer les rares cas où l'atteinte d'un gène est nécessaire et suffisante pour produire la maladie (moins de 1000 cas en France), des cas où il faut associer d'autres facteurs qui accroissent la probabilité de survenue de la maladie. C'est la forme génétique de la maladie que le récent film "*Se souvenir de belles choses*"² a d'ailleurs voulu mettre en avant. Cette forme rare apparaît en général avant 60 ans et ce sous la responsabilité de deux gènes:

✓ Celui de l'APP, codant le précurseur de la protéine amyloïde et situé sur le chromosome 21.

✓ Celui de la préséniline 1, situé sur le chromosome 14.

Par ailleurs, l'allèle 4 du gène de l'apolipoprotéine E (APO E), situé sur le chromosome 19 et identifié comme le principal facteur de susceptibilité génétique, serait présent chez plusieurs millions de personnes en France. On peut donc mettre en évidence la forte implication des gènes dans la maladie.

La majorité des cas cependant sont sporadiques. La maladie est ici liée à un déficit de plusieurs neurotransmetteurs, substances indispensables à la transmission d'informations entre les cellules nerveuses du corps

A côté de l'âge (la fréquence de la maladie augmente en même temps que l'âge progresse) et des facteurs génétiques, d'autres facteurs de risques ont été étudiés notamment dans le cadre de l'étude PAQUID³. Des facteurs socio environnementaux ont été identifiés comme

² « *Se souvenir de belles choses* », film réalisé par Zabou BREIMAN en 2001

³ L'étude PAQUID, menée en Gironde et en Dordogne, réunit des chercheurs de l'INSERM notamment. Son objet est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en

ayant une part de responsabilité: l'alcool, le tabac ou l'aluminium présent dans l'eau de boisson. En fait l'impact de l'alcool serait à corrélérer avec l'incidence de sa surconsommation sur la survenue des maladies vasculaires, considérées comme un facteur de risque de détérioration cognitive. Cependant ces données sont à relativiser car il a été démontré par l'enquête PAQUID que la consommation modérée d'alcool jouait a contrario un rôle protecteur par rapport à l'apparition de la maladie.

Les femmes pourraient par ailleurs faire l'objet d'un dispositif de prévention ciblé car il a été démontré un rôle protecteur des oestrogènes, il en va de même pour les personnes atteintes d'hypertension artérielle, le traitement associé diminuant le risque de maladie d'Alzheimer. Enfin, pour les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires: un rôle protecteur des anti-inflammatoires non stéroïdiens sur la maladie est actuellement à l'étude.

L'apparition de la maladie d'Alzheimer pourrait donc être influencée par des facteurs extérieurs comme en témoignent ces différentes expériences. Mais l'approche médicale n'est pas suffisante. Certains auteurs, tels que J. MAISONDIEU⁴, privilégient la théorie psychologique. La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, avant d'être "*un Alzheimer*" est avant tout une personne avec des faiblesses psychologiques. J.MAISONDIEU fait ainsi référence au rôle pathogène de l'angoisse de la mort. Il fait justement remarquer que "*le cerveau des patients est peut-être altéré, mais ces malades sont surtout malades de peur*". Sans aller jusqu'à donner une place excessive à l'angoisse de la personne face à la mort alors que des troubles neurologiques sont également mis en évidence, il faut convenir que la prise en charge du patient, si on veut qu'elle soit efficace, passe par son apaisement et donc par une action sur le contexte dans lequel il évolue.

La maladie d'Alzheimer peut avoir des origines très diverses et reste dans l'ensemble difficile à diagnostiquer avec certitude. Seule l'étude anatomopathologique du cerveau après le décès permet de vérifier la présence de lésions caractéristiques. Cependant d'autres examens peuvent être réalisés pour permettre un diagnostic hautement probable:

- ✓ L'évaluation neuropsychologique, avec des tests comportementaux et cliniques. Parmi ces tests on peut citer le test du Mini Mental State (MMS⁵) ou encore la procédure de GROBER et BUSCKE.⁶

distinguer les modalités normales et pathologiques et d'identifier les sujets à hauts risques de détérioration physique ou intellectuelle contre lesquelles une action préventive serait possible.

⁴J. MAISONDIEU: Le crépuscule de la raison : comprendre, pour les soigner, les personnes âgées dépendantes. Bayard, 1989.

⁵ Mini Mental State Examination de FOLSTEIN. 1975

- ✓ L'imagerie cérébrale avec les IRM: Depuis les années 1990, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis de grandes avancées dans le domaine de la volumétrie des structures du cerveau: la mesure de l'atrophie de l'hippocampe, présente dès le début de la maladie (baisse du volume de 20 à 40 %), fournit des éléments prédictifs utiles pour le diagnostic précoce. Les études montrent que les troubles mnésiques de la maladie d'Alzheimer sont corrélés à un volume hippocampique faible.
L'IRM peut également être utilisé pour évaluer le fonctionnement même du cerveau afin de visualiser la diminution de l'apport sanguin cérébral, le niveau d'activité cérébral en fonction des tâches effectuées.
- ✓ Certains examens biologiques pour ne pas négliger d'autres maladies éventuellement curables. Il existe en effet différentes causes à la démence: on peut ainsi signaler des démences vasculaires mais également une tendance dépressive ou une autre pathologie psychiatrique.
- ✓ Un suivi évolutif confirmera le diagnostic.

Concrètement, la dégradation des facultés intellectuelles et cognitives évolue en trois phases. La phase dite asymptomatique initiale peut durer plus de vingt ans. Elle est suivie par une phase symptomatique non démentielle qui correspond à l'atteinte de l'hippocampe, région impliquée dans la mise en mémoire. Lors de cette phase de la maladie, on remarquera des troubles discrets de la mémoire notamment en ce qui concerne les événements récents, puis la personne souffrira de difficultés pour fixer son attention et de troubles de la mémoire de travail. Enfin, la phase démentielle résulte de l'extension progressive des lésions à l'ensemble du néo-cortex associatif.

⁶ Procédure de GROBER et BUSCKE : procédure d'évaluation neuropsychologique de la maladie d'Alzheimer dont l'objectif est de déceler le plus précocement possible les syndromes démentiels pour proposer une prise en charge globale du patient et de sa famille. Cette procédure concerne une liste de 16 mots à mémoriser, ces mots étant présentés par quatre sur des fiches cartonnées.

Malgré certaines difficultés pour établir un diagnostic définitif, il existe des signes précurseurs qu'il est aisé de repérer:

- ✓ Les pertes de mémoire.
- ✓ Les problèmes de langage.
- ✓ La désorientation dans l'espace et le temps.
- ✓ Les changements brutaux d'humeur ou de comportement.

Ces possibilités de diagnostic précoce sont importantes à exploiter. Déjà afin de retarder l'évolution de la maladie. En effet, de nouvelles molécules prises à un stade précoce sont capables de la stabiliser. Il s'agit de traitements dits "*anticholinestérasiques*" qui corrigent le déficit en acétylcholine (un neurotransmetteur impliqué dans l'activité cérébrale). Ces substances ont une action significative sur les troubles de la mémoire et de la cognition. On pourra compléter le traitement par d'autres médicaments tels que psychotropes, anxiolytiques, antidépresseurs...Cependant l'action limitée de ces traitements et surtout leurs effets secondaires doivent pousser à rechercher d'autres solutions pour la prise en charge. Si pendant quelques temps il a été question du développement d'un vaccin susceptible de faire régresser les lésions existantes ou d'empêcher leur survenue, actuellement les tests sur des personnes ont été abandonnés en raison de la survenue d'effets secondaires graves, notamment de cas de méningite.

L'importance d'un accueil dans un environnement adapté prend ici son sens dans la mesure où aucun traitement n'est actuellement en mesure de restaurer les capacités initiales de la personne, tout au plus parviennent-ils à freiner la progression de la maladie. La conception architecturale d'une unité de vie pourra dans un premier temps retarder l'entrée dans ce que l'on nomme la grande dépendance : il en ressort une qualité de vie pour le patient qui peut encore se prendre en charge et une qualité de travail pour le personnel soignant.

1.1.2 Les déficiences engendrées

La maladie d'Alzheimer est caractérisée par un déclin cognitif global accompagné d'une variété de troubles appelés psycho comportementaux. Ce terme recouvre:

- ✓ **Des troubles affectifs et émotionnels** induisant des changements de personnalité: anxiété, dépression, exaltation de l'humeur, perturbations émotionnelles, apathie, conduites régressives. La dépression est un

trouble manifeste de la tristesse de l'humeur et elle peut s'observer à différents stades de la démence. Au début, elle découlerait surtout d'une prise de conscience du déclin cognitif. Avec l'évolution, la tristesse deviendrait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique, et serait peu modulée par l'environnement. L'apathie traduira un manque d'enthousiasme, la personne deviendra passive rapidement et aura besoin de stimulations permanentes pour prendre part aux activités de la vie quotidienne.

- ✓ **Des troubles mnésiques:** c'est le premier signe de l'installation de la maladie, une personne malade oubliera les événements récents pour ne plus s'en souvenir. La personne pourra également ne plus reconnaître les objets ou les personnes, même ses proches. On parle d'agnosie.
- ✓ **Des troubles de la communication:** la personne atteinte de la maladie pourra, à un moment, avoir des difficultés pour s'exprimer, elle oubliera les mots ou en substituera d'autres inappropriés. On parle alors d'aphasie.
- ✓ **Des troubles comportementaux:** agitation, agressivité. Les troubles du comportement sont très variés et dépendent du contexte, de la personnalité antérieure du malade; par ailleurs les troubles les plus divers peuvent aussi se succéder selon les périodes: ils vont du replis sur soi au mutisme le plus total, en passant par l'agitation et l'agressivité. La déambulation entre également dans ces troubles caractéristiques. Cependant si le malade semble faire n'importe quoi, il ne fait néanmoins jamais n'importe quoi et ce qu'il fait correspond sans doute à sa pensée du moment. Il faut donc apprendre à la décoder.
- ✓ **Des troubles des fonctions instinctuelles:** sommeil, appétit, sexualité.
- ✓ **Une désorientation spatiale et temporelle.**

Ces troubles conditionnent le pronostic de la maladie, ils vont générer une dépendance de plus en plus prononcée. Ils sont source de souffrances pour les patients et d'une baisse de leur qualité de vie. Ils constituent la première cause de détresse des aidants familiaux et par conséquent de placement. Leur fréquence et leurs caractéristiques varient en fonction de l'évolution de la maladie mais aussi selon chaque individu. L'enjeu est de les reconnaître

pour mieux les traiter mais surtout de les prévenir pour retarder leur apparition. A ce niveau il y a donc un besoin manifeste d'une prise en charge adaptée car il apparaît clairement que ces personnes psychologiquement dépendantes ne doivent pas être considérées de la même manière que des personnes âgées en simple perte d'autonomie.

1.2 DROITS FONDAMENTAUX DE LA PERSONNE ET MALADIE D'ALZHEIMER

1.2.1 Le respect des droits fondamentaux à l'épreuve de la maladie

L'Homme possède certains droits naturels, inaliénables qui sont régulièrement réaffirmés depuis la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. Repris notamment par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 ainsi qu'au plan national dans le Préambule de la Constitution, ces droits fondamentaux se résument à ces quelques principes :

- ✓ **La Liberté** : tous les êtres humains naissent libres. Concrètement cela signifie que toute personne est libre de ses mouvements mais aussi de ses actes dès lors que cet exercice n'entrave pas la liberté d'autrui.

- ✓ **L'Egalité et la Dignité**⁷ : « *Toute personne naît et demeure égale en droits et en dignité. Toute distinction sociale ne pourra être fondée que sur l'utilité commune* ». Aucune discrimination ne pourra être portée pour des personnes âgées et malades comme c'est le cas pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- ✓ **La Propriété** : Toute personne, seule comme en collectivité, peut faire valoir son droit à la propriété. La personne âgée placée en institution conservera donc la propriété de ses biens.

- ✓ **La Sûreté** : Il est affirmé que tout individu a droit à la sûreté de sa personne. La Puissance Publique doit veiller à lui garantir des conditions de vie exemptes de dangers révélés.

⁷ Par décision de 1994, le Conseil Constitutionnel a fait du principe de dignité humaine un principe à valeur constitutionnelle.

D'autres textes, ciblés davantage sur certaines catégories de personnes, confirment également ces grands principes. La loi du 4 mars 2002⁸ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précise que le sujet malade a droit lui aussi au respect de sa dignité, de sa vie privée et au secret des informations le concernant. L'état de santé n'interfère pas dans l'exercice des droits attachés à la personne humaine.

En conséquence, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est et doit continuer à être considérée comme une personne à part entière et ce en dépit de la multiplication des déficiences liées à la maladie. Trop souvent encore, elles sont rejetées par leurs proches ou inversement infantilisées et protégées excessivement, ce qui va à l'encontre du respect de leurs droits naturels.

Cependant, si le Professeur GIRARD⁹, auteur du rapport sur la maladie d'Alzheimer, affirme que la vieillesse n'est pas une maladie en soi et qu'il ne saurait y avoir de statut particulier pour les maladies en fonction de l'âge des personnes, il n'en reste pas moins que les personnes âgées sont considérées comme des sujets fragiles et bénéficient à ce titre de mesures de protection renforcées. Lorsqu'elles sont en plus atteintes de troubles sévères, tels que ceux générés par la maladie d'Alzheimer, il apparaît logique que la loi soit aménagée, renforcée, dans leur propre intérêt. Bien sûr ces aménagements pourront aller à l'encontre du plein exercice des droits naturels dont tout sujet jouit en temps normal. En effet, comment accepter de laisser une entière liberté de mouvement à des personnes qui n'ont plus conscience du lieu où elles se trouvent, qui se perdent dans leur propre maison? Des mesures de protection s'imposent pour la préservation de leur état de santé et parfois de leur vie.

Certes, il est porté atteinte à la liberté mais il y va de l'intérêt de l'individu considéré. De même, comment laisser la libre jouissance de ses biens à une personne au jugement fortement affaibli ? La encore des mesures de protection juridique devront être envisagées. Ces mesures pourront déboucher sur une mise sous curatelle ou une mise sous tutelle dans les cas les plus graves.

Comme l'explique Robert LAVAL : *« il s'agit d'éviter à la fois l'exclusion et la méconnaissance de la façon d'être des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer.*

⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁹ Rapport de Monsieur le Professeur Jean-François GIRARD sur la maladie d'Alzheimer. Septembre 2000.

La *personne âgée démente doit être acceptée pour ce qu'elle est et comme elle est* ». Cela signifie donc qu'il faut tenir compte des particularités de la personne démente, en effet, à ne pas vouloir établir de discriminations entre les sujets âgés, il y a le risque de passer à côté de leurs besoins réels.

1.2.2 Le respect des droits fondamentaux à l'épreuve du placement en institution

La personne âgée démente compte tenu de ses déficiences risque à un certain moment, lorsque toutes les autres solutions auront été épuisées, d'entrer dans une institution spécialisée.

Si pendant de nombreuses années les conditions d'accueil ne se sont pas avérées optimales, par manque de recul peut-être sur la maladie et ses manifestations, par manque de moyens également, depuis quelques années un effort important encadré par des textes fondateurs, a été consenti pour que les droits des personnes âgées soient largement mis en avant. En ce sens la loi du 30 juin 1975¹⁰ récemment rénovée par la loi du 2 janvier 2002¹¹ a défini et organisé l'action sociale et médico-sociale en la recentrant sur le résident. Ainsi il est prévu que *« l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets »*.

Par ailleurs, les droits attachés aux usagers du secteur social et médico-social ont été précisés: *« (...) sont assurés (...) le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité »*.

Les conditions d'accueil doivent non seulement être en conformité avec ces grands principes mais encore les promouvoir. En conséquence, on peut comprendre que le lieu d'hébergement aura une influence sur le bien-être recherché de ces personnes et sur la promotion de leurs droits. A ce propos, l'arrêté du 26 avril 1999¹² a posé un cahier des charges relativement précis pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes. Si aujourd'hui on peut affirmer le souci du bien-être, la vie en collectivité induit

¹⁰ Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹¹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹² Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

certaines contraintes. En effet, comment concilier la vie en structure collective et la nécessaire individualisation de la prise en charge? En institution, certaines règles doivent être édictées pour le bien-être des résidents mais aussi pour faciliter les conditions de travail du personnel. Il semble difficile d'offrir la possibilité d'un menu individuel, d'une totale liberté de mouvement et d'action comme ce peut être le cas à domicile. De là à déduire que l'intérêt collectif doit s'imposer, il y a un effort de relativisation à effectuer. L'intérêt de l'individu reste l'élément fondateur de l'existence de l'institution mais il faudra accepter d'y adjoindre des éléments plus collectifs. L'architecture ne sera pas anodine dans ce débat entre la collectivité et l'individualisation. Certes on ne peut oublier qu'elle risque d'avoir un effet uniformisant avec des unités de vie identiques, des chambres identiques, des lieux de vie communs, et donc s'avérer contraire à l'intérêt individuel et à la promotion recherchée du Sujet. Toutefois, selon les aménagements réalisés, l'individu pourra retrouver des conditions d'accueil, un environnement en accord avec lui-même et qui autorise la mise en valeur du JE.

Le respect de la dignité de la personne, le respect de sa liberté sont des concepts fondateurs de toute prise en charge de la personne âgée démente. Pourtant compte tenu des risques encourus il est indispensable de limiter cette liberté. L'architecture et les mesures sécuritaires associées devront par conséquent concilier liberté et sécurité mais également respect de la dignité, ce qui n'est pas forcément très simple. Les familles, confiant leur parent à un établissement, exigent une sécurité renforcée et optimale mais il ne faut pas tomber dans l'excès et transformer l'établissement en quartier de haute sécurité. L'institution ne doit pas s'apparenter au milieu pénitentiaire ni au milieu hospitalier.

Plus concrètement une charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes a été élaborée et doit figurer dans chaque établissement. Elle reprend en 14 articles l'ensemble des droits de la personne en établissement. Cette charte se situe en dehors de toute mesure de protection juridique, elle relève davantage d'un état d'esprit général, c'est une réponse éthique apportée au détriment de la pure réponse du droit.

1.3 LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE ET ADAPTEE DU MALADE ALZHEIMER

1.3.1 L'insuffisance qualitative actuelle de la prise en charge

1.3.1.1 L'évolution de la politique d'accueil des personnes dépendantes psychiques

Le rapport LAROQUE de 1962 a, le premier, mis en avant le besoin d'une politique particulière, globale, de prise en charge des personnes âgées: soins, logement, ressources, insertion dans la société.

Depuis les années 70, des efforts ont été consentis en faveur des conditions d'accueil des personnes âgées souffrant de démences. En effet, jusque là ces personnes étaient soit hospitalisées en service de long séjour, soit en établissement psychiatrique ou encore en maison de retraite. Au pire ces personnes étaient contraintes de rester à domicile, prises en charge par des aidants familiaux le plus souvent dépassés par l'évolution de la maladie de leur proche et impuissants à leur venir efficacement en aide. Dans tous les cas ces mesures d'accueil n'étaient pas adaptées à des personnes déambulantes, souffrant de déficiences de communication marquées. La loi du 30 juin 1975 a cependant constitué une avancée certaine car elle a eu le mérite de poser certains principes de l'action sociale et médico-sociale et a fait notamment l'obligation d'humaniser les hospices.

Un tournant s'est donc amorcé vers la fin des années 70 et des recherches sur la meilleure manière de considérer et d'aider les personnes atteintes de troubles de type Alzheimer se sont multipliées. On assiste dès lors dans certains grands centres spécialisés dans la gériatrie, au développement du concept du CANTOU: Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles, dit "coin du feu" en occitan.

Ces établissements expérimentaux de petite taille proposent un mode de prise en charge en totale rupture avec les structures hospitalières, impersonnelles et axées sur le soin. Le CANTOU cherche à promouvoir « *l'esprit comme à la maison* » et exploite chaque activité domestique quotidienne à des fins de rééducation, de maintien de l'autonomie et également d'animation. Ces CANTOU rassemblent ainsi une quinzaine de personnes autour d'une maîtresse de maison chargée de les encadrer. Les familles sont largement invitées à participer à la vie quotidienne ce qui permet de conserver au maximum le lien familial.

Pourtant ces structures d'un genre nouveau ont été vivement critiquées: en effet, elles disposent de peu de moyens matériels or les personnes dépendantes requièrent des soins appropriés mais également des espaces suffisamment vastes qui leur permettent de déambuler en toute sécurité. Par ailleurs, elles ne disposent pas de personnel qualifié en nombre suffisant.

Durant la décennie suivante, un programme type exposé par la circulaire du 13 février 1986¹³ a fait la promotion pour la construction de MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes). Les MAPAD ont la forme de petites unités d'environ 15 lits et sont destinées à l'accueil spécifique de personnes désorientées.

Toutefois, en 1991, l'INSERM a pris la mesure de l'enjeu de la croissance du nombre de personnes âgées souffrant de dépendance psychique et des problèmes qui risquaient de survenir très rapidement. Cette étude a permis de dégager les avantages et les inconvénients de la prise en charge de la démence sénile dans de petites unités spécialisées.

Aujourd'hui, on peut retenir que les expériences se multiplient et que le modèle du CANTOU, en dépit de l'avancée qu'il a pu constituer au départ par rapport à des structures de type hospitalières, n'en demeure pas moins dépassé faute de moyens suffisants. Cependant certaines caractéristiques architecturales se sont imposées naturellement en raison de leur pertinence, caractéristiques qui seront développées plus loin. De plus en plus de maisons de retraite en voie de restructuration prennent le parti d'inclure dans leur programme la construction d'une ou plusieurs unités spécialisées dans l'accueil des malades d'Alzheimer. C'est ainsi le cas des Résidences MAREVA.

1.3.1.2 Vers une prise en charge de qualité

Parallèlement à la multiplication de ces initiatives intéressantes, aujourd'hui, se développent d'autres formes d'accueil des personnes psychiquement dépendantes, alternatives répondant à la demande des aidants naturels notamment et correspondant aux besoins des personnes âgées. Le Rapport GIRARD, présenté en 2000, a émis différentes propositions en leur faveur : ainsi la proposition n°4 préconise de "*créer un plus grand nombre de possibilités d'hébergement temporaire au sein des institutions de vie communautaire. L'hébergement*

¹³ Circulaire n° 86-16 du 13 février 1986

temporaire constitue à la fois un soutien aux aidants familiaux et une transition vers le séjour permanent en institution".

L'hébergement temporaire permet aux familles de prendre un peu de distance par rapport à son parent malade pendant une période comprise le plus souvent entre une semaine et un mois. De plus cette nouvelle forme d'accueil permet au futur résident un premier contact avec l'univers institutionnel. La récente circulaire du 16 avril 2002¹⁴ reprend la nécessité de créer des places d'hébergement temporaire : 3000 places nouvelles seront à créer à échéance de quatre ans, soient environ 750 places par an. Un financement a été d'ailleurs inscrit dans le cadre de l'ONDAM pour un montant de 7.55 millions d'euros.

Par ailleurs, l'accueil de jour constitue une nouvelle forme d'aide aux aidants naturels. En effet, si de plus en plus de personnes restent à domicile, tant que cela demeure possible, il peut être intéressant pour le résident comme pour la famille de bénéficier de la possibilité d'un accueil par des professionnels quelques heures par semaine. Le rapport GIRARD a mis l'accent sur ce nouveau besoin. Ces places pourront être créées tant dans les institutions que dans les structures hospitalières, l'essentiel étant de préserver une grande souplesse dans le fonctionnement pour tenir compte de la diversité des situations et pour conserver les effets bénéfiques de ces brèves prises en charge. La circulaire du 16 avril 2002 propose un cahier des charges pour l'accueil de jour afin que les initiatives soient réellement en cohérence avec les objectifs de cette forme de prestation.

Une fois encore il s'agit de préserver les résidents tant sur le plan du respect de leur personne (les lieux d'accueil devront répondre à certains critères) que sur celui de la qualité de la prise en charge (elle devra se faire par des professionnels). Concrètement la circulaire prévoit la création de 7000 places d'accueil de jour sur les quatre ans à venir.

Enfin il peut être intéressant de noter qu'une réelle prise en considération de la maladie d'Alzheimer voit le jour et que les prestations offertes se diversifient. Dans les prochains mois l'accent devrait également être mis sur la détection de la maladie car comme on a pu le voir précédemment il est réellement important d'identifier les symptômes le plus tôt possible. Des centres de consultation mémoire, dotés d'équipes pluridisciplinaires, permettront de renforcer et de rendre plus accessibles les consultations spécialisées dans la démence qui pour le moment restent cantonnées à la sphère hospitalière sans réelle pluridisciplinarité, ni réelle mise en place d'un plan de soins. Plus tard, toujours dans l'optique de la recherche de qualité des prestations servies, une labellisation de ces centres n'est pas à exclure.

¹⁴ Circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Depuis le milieu des années 90, une réelle promotion de la qualité des prestations offertes en institution est mise en œuvre. Initiée dans les structures purement sanitaires cette démarche s'est étendue aux structures sociales et médico-sociales avec la parution du décret de 1999.

Va-t-on finalement vers un accueil de qualité qui soit adapté au type de population spécifié ici?

Aujourd'hui je serais tentée de répondre qu'effectivement on peut noter des progrès conséquents en ce sens. Cela tient notamment à l'intérêt que ce problème suscite chez les scientifiques et le corps médical ainsi que chez les décideurs politiques. La maladie d'Alzheimer interpelle, on ne peut plus l'assimiler comme par le passé à un mal caractéristique de la vieillesse.

L'obligation de signer les conventions tripartites avant le 31 décembre 2003 devrait encore accélérer le mouvement vers une qualité d'accueil plus grande car, à moyen terme, une procédure similaire à l'accréditation pourrait être mise en place pour les structures sociales et médico-sociales.

1.3.2 L'insuffisance quantitative des moyens à disposition

1.3.2.1 La situation au plan national

En 1999, la DREES¹⁵ a présenté un bilan sur les personnes âgées. Elle insiste sur le fait que ces personnes sont de plus en plus psychologiquement dépendantes. Ainsi, plus de 55 % des résidents de plus de 75 ans, en établissement, sont concernés et pour 48 % cette dépendance est cumulée avec une dépendance physique plus ou moins marquée.

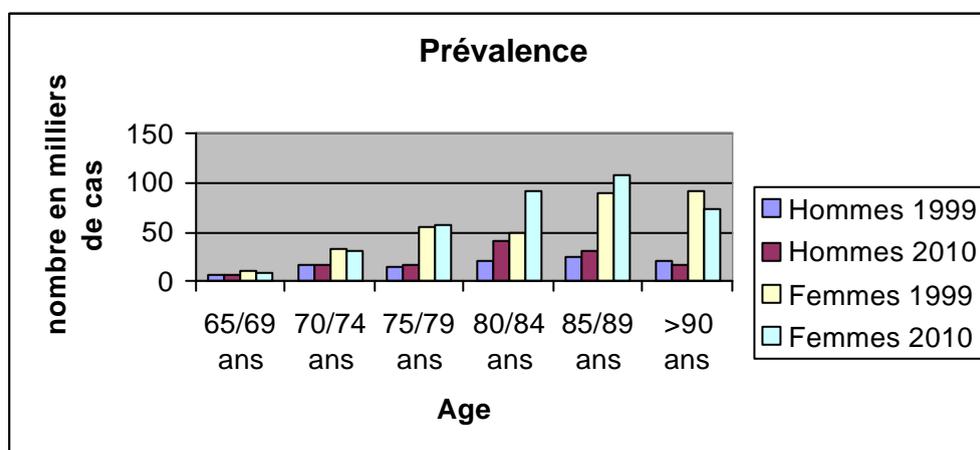
¹⁵ DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

PREVALENCE

En milliers de cas

AGE	65/69 ans	70/74 ans	75/79 ans	80/84 ans	85/89 ans	>90 ans	TOTAL
Hommes							
1999	7,6	16,3	15,8	21	25,1	20,7	106,5
Hommes							
2010	7	16	16,8	40,6	30,4	17	127,8
Femmes							
1999	10,4	32,3	55,6	48,8	90,4	90,8	328,3
Femmes							
2010	9,3	30,4	56,6	92,2	108,1	73,2	369,8

Etude de prévalence européenne Lobo et coll Neurology. Projection de JF DARTIGUES, INSERM 330



En France, en 1999, la prévalence¹⁶ globale de la maladie d'Alzheimer après 65 ans, calculée par le Professeur J.F DARTIGUES¹⁷ sur la base des données épidémiologiques

¹⁶ Prévalence : rapport du nombre de cas d'une maladie à l'effectif d'une population sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas.

récentes était de 434 700 malades dont 106 500 hommes et 328 200 femmes, plus de 68 % ayant 80 ans et plus. La prévalence globale estimée en 2010, après 65 ans, est de 497 600 malades (127 800 hommes et 369 800 femmes).

L'incidence passerait de 115 000 nouveaux cas en 1999 à 135 000 nouveaux cas en 2010, et concernerait essentiellement les octogénaires (64% des hommes et 80% des femmes).

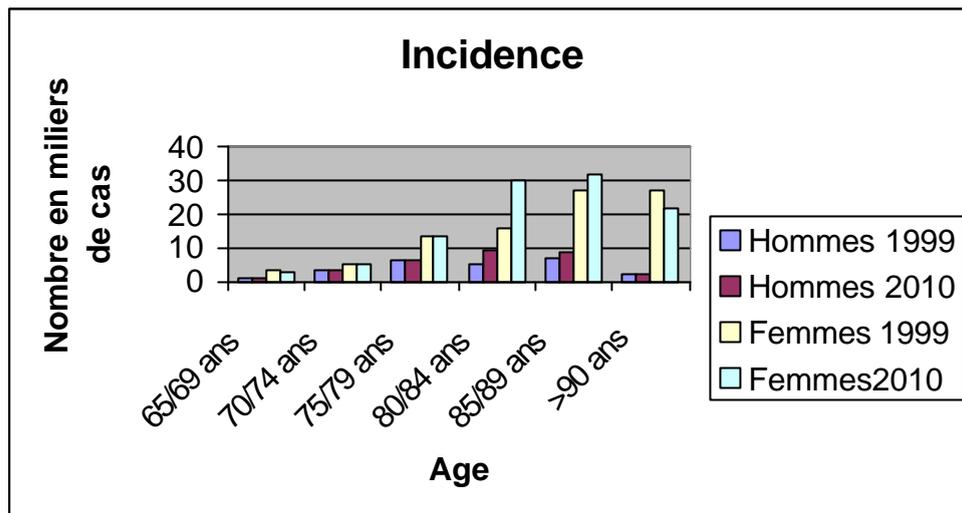
INCIDENCE

En milliers de cas

AGE	65/69 ans	70/74 ans	75/79 ans	80/84 ans	85/89 ans	>90 ans	TOTAL
Hommes 1999	1,1	3,3	6	4,9	6,9	2,3	24,5
Hommes 2010	1,1	3,2	6,4	9,5	8,4	1,9	30,5
Femmes 1999	3,3	5,3	13,3	15,9	26,9	26,8	91,5
Femmes 2010	2,9	5	13,6	30	31,6	21,6	104,7

Etude d'incidence européenne Fratiglioni et coll. Projection de JF DARTIGUES, INSERM 330

¹⁷ Projection à 10 ans réalisée par J.F DARTIGUES de l'unité INSERM 330. Elle est basée sur une fécondité à 1.8, un solde migratoire positif de 50000 personnes et sur une évolution démographique prévoyant à l'horizon 2010 une diminution du nombre des personnes âgées de 65 à 74 ans et une forte augmentation du nombre des personnes âgées de 80 à 90 ans.



Cela signifie concrètement qu'en 2010 toutes les familles françaises risquent d'être concernées par la maladie. Il y a donc un réel souci en matière de santé publique et les pouvoirs publics ne peuvent plus passer outre. Par ailleurs le coût de cette maladie est aujourd'hui équivalent à celui du cancer ajouté à celui des maladies cardio-vasculaires¹⁸.

Les chiffres présentés par ces projections doivent cependant être interprétés avec prudence pour deux raisons: les projections démographiques peuvent être erronées et les critères cliniques de la maladie peuvent évoluer.

La question qui se pose est donc celle de l'existence d'un dispositif suffisant pour prévenir la maladie, en retarder ses manifestations et quand il n'y a plus de solution la prendre correctement en compte dans un souci de qualité de vie tant pour le résident que pour sa famille.

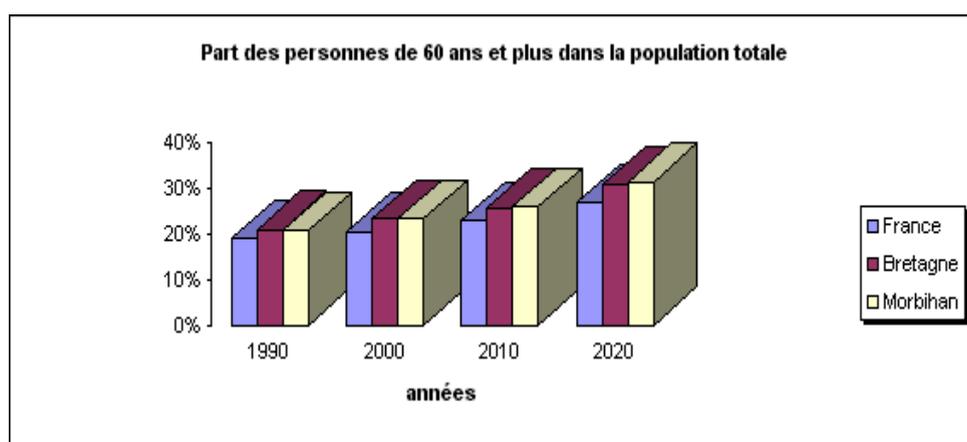
¹⁸ Prévalence of dementia and major subtypes in europe: a collaborative study of population based cohort. A LOBO et Coll Neurology. June 2000. pages 54-59.

1.3.2.2 La situation dans le département du MORBIHAN

Evolution de la population âgée de 60 ans et plus:

Part des personnes de 60 ans et plus dans la population totale

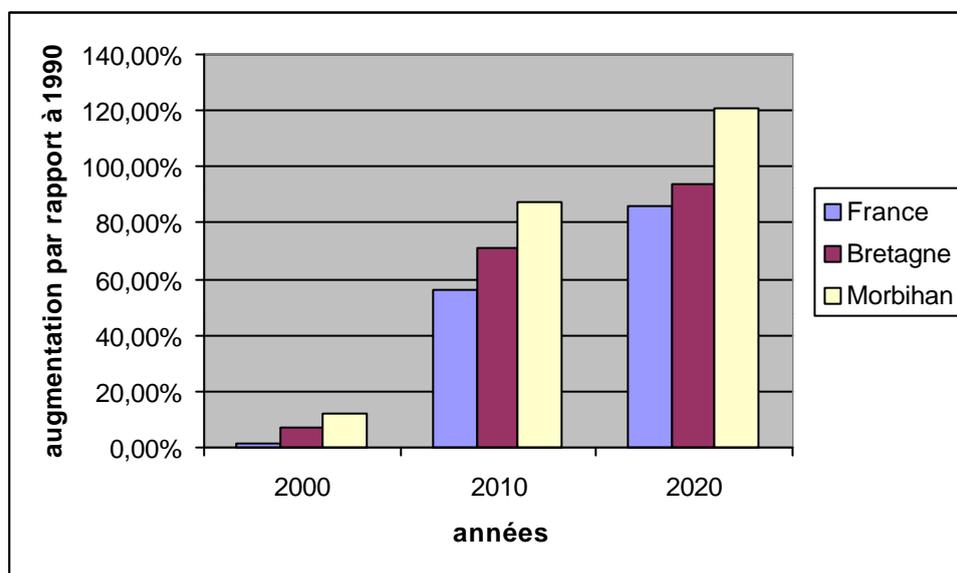
	1990	2000	2010	2020
France	19%	20,50%	22,80%	26,80%
Bretagne	20,90%	23,20%	25,70%	30,60%
Morbihan	20,70%	23,40%	25,90%	31,30%



Si en 1990, la proportion des personnes de plus de 60 ans était quasi identique en France et en Bretagne, on remarque que l'écart se creuse désormais et tendra à s'accroître dans le temps: toutefois l'évolution entre la région et le département du Morbihan devrait être à peu près similaire. Cette évolution par rapport à la situation nationale peut s'expliquer par le fait que déjà les jeunes quittent certains secteurs de la Bretagne intérieure pour des agglomérations plus dynamiques. Ensuite, on remarque une augmentation des plus de 60 ans notamment sur les bords de mer: cette population est attirée par un cadre de vie relativement agréable.

Globalement il apparaît clairement que cette part de la population va aller croissante dans les années à venir ce qui signifie que les besoins en prestations destinées aux personnes âgées vont augmenter dans le département. En effet, si on a pu observer une relative stabilité du nombre de personnes de plus de 80 ans entre 1990 et 2000, on prévoit une forte croissance entre 2000 et 2020 dans la mesure où elle correspond à la reprise des naissances après la 1^{ère} guerre mondiale.

Evolution du nombre de personnes de plus de 80 ans par rapport à la population de 1990:



Plus précisément sur le secteur gérontologique n°5¹⁹ et qui correspond à l'agglomération vannetaise, à laquelle sont rattachées les Résidences MAREVA, la population des personnes âgées de plus de 80 ans devrait être multipliée par 3 en l'espace de 30 ans, soit environ 6000 personnes de plus. C'est dans la ville de VANNES que cette hausse devrait être la plus sensible²⁰.

Compte tenu de cette évolution il apparaît urgent de revoir les capacités d'accueil et les prestations offertes aux personnes âgées résidant dans le département du MORBIHAN: à

¹⁹ Secteur gérontologique n°5 déterminé dans le plan gérontologique départemental.

²⁰ Projections réalisées par le Conseil Général du Morbihan dans le cadre de la rédaction du schéma gérontologique départemental.

moyen terme il risque d'y avoir une pénurie de l'offre. Par ailleurs il est important de s'adapter rapidement aux types de demandes exprimées: accroître les capacités d'accueil pour des personnes âgées atteintes de troubles démentiels doit faire partie des priorités en direction de nos aînés: le projet de construction du CAG de Parc er Vor s'inscrit bien dans cette perspective.

En conclusion de cette première partie, on est en mesure d'affirmer que la prise en charge des personnes souffrant de troubles de type Alzheimer requière des moyens matériels déjà mais aussi des moyens en personnel. La première hypothèse formulée en introduction est validée ; quant à la seconde concernant l'influence architecturale, sa pertinence paraît évidente compte tenu des déficiences mises en évidence chez ce type de patient. Conscientes de cet état de fait et des besoins ressentis sur le bassin de vie de VANNES, les Résidences MAREVA ont donc choisi d'achever leur autonomisation en créant une structure partiellement destinée à l'accueil des personnes désorientées.

PARTIE 2

Que peut-on attendre de l'architecture ?

« -Qu'elle concoure à l'efficacité thérapeutique.

-Qu'elle façonne jour après jour le comportement pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.

-Qu'elle complète, symbolise, concrétise le rôle de l'équipe soignante face au désordre intérieur et au débordement des conduites.

-Qu'elle marque, dans la réalité visible et tangible, des points de repère, des limites.

-Qu'elle induise ou facilite la restauration de relations affectives interpersonnelles de bonne qualité en favorisant le mouvement et en associant le mouvement à la notion de plaisir de la vie ».

Docteur L.MIAS.

2 LE PROJET ARCHITECTURAL AU SERVICE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER: L'EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION DU CENTRE D'ACCUEIL GERIATRIQUE (CAG) DE PARC ER VOR

Accueillir des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer suppose de disposer d'une infrastructure adaptée à la pluralité des pathologies développées aux différentes phases de la maladie. En effet, il est nécessaire que l'architecture n'occasionne aucune gêne pour la prise en charge du malade si l'on souhaite que celle-ci soit de qualité et conforme aux intérêts de la personne.

Une unité de soins dite Alzheimer devra donc tendre vers certains objectifs:

- ✓ Assurer la sécurité des résidents.
- ✓ Prévenir les troubles du comportement en créant un environnement modulable, à la fois apaisant et stimulant.
- ✓ Favoriser l'autonomie.
- ✓ Assurer des soins adaptés et de qualité .
- ✓ Améliorer la qualité de vie.

Le projet architectural va constituer une réponse, encadrée certes par la réglementation, mais néanmoins originale de l'architecte au type de prise en charge réfléchi et souhaitée par la Direction et les équipes soignantes mais également par les familles, compte tenu du type de population accueillie et de ses besoins.

2.1 DES CONCEPTIONS ARCHITECTURALES ISSUES DE L'EXPERIMENTATION

2.1.1 Les principes d'une unité d'accueil spécialisée Alzheimer (ASA)

L'unité ASA, compte tenu de la progression des déficiences ressenties par les patients tout au long de leur maladie, se doit de respecter certains critères, gages d'une prise en charge facilitée et de meilleure qualité.

On retiendra tout d'abord **le critère de la taille**: l'unité ASA ne doit pas dépasser une certaine capacité d'accueil. La littérature relative à ce sujet conseille de ne pas dépasser 20 places, idéalement 12 à 14 places ; c'est un héritage de la philosophie des CANTOUS, concept développé par Georges CAUSSANEL. Cette limite apparaît probante dans la mesure où comme nous avons pu le voir précédemment la personne désorientée requiert une attention constante de la part du personnel. Au delà d'un certain nombre de places, cette surveillance rapprochée devient difficile et les conditions de travail d'un personnel déjà très sollicité s'en ressentent. Ensuite, en se plaçant du point de vue de la personne âgée désorientée, on comprend qu'un espace de vie de trop grandes dimensions risque de la perturber, de renforcer son sentiment d'égaré. L'expérience a montré que les patients trouvent plus facilement leurs repères dans une petite unité, de dimensions familiales où chaque pièce est connue. Du fait de la relative quiétude des lieux, il en résulte un comportement moins agressif. A mon sens, 15 places devraient même constituer un maximum afin que la structure conserve des dimensions familiales. Le CAG de Parc er Vor s'inscrit dans cette idée: chacune des trois unités d'accueil spécialisées offrira 14 places d'hébergement permanent.

La symbolique attachée à chaque unité constitue un second élément caractéristique de l'unité ASA. Il s'agit de faire ressortir le côté «*comme à la maison* » pour éviter toute accentuation de la désorientation du résident. Il est particulièrement important tant pour le maintien de son état de santé que pour le respect de sa personne que la structure puisse devenir à ses yeux un substitut de son domicile. Concrètement les chambres doivent être personnalisables, les lieux de vie conviviaux et de dimensions humaines, ceci dans l'intention de parvenir à une prise en charge individualisée. Les personnes âgées et plus encore les personnes démentes ont besoin de retrouver des traces de leur passé et leur domicile est un témoin de cette histoire. Le nouveau "*chez soi*" de la personne étant également le "*chez les autres*", l'objectif sera de restituer dans le "*chez les autres*" la place du "*chez soi*" autrement dit de personnaliser la structure collective.

Les résidents hébergés dans les unités spécialisées souffrant de déficiences qui peu à peu les privent de tout moyen de communication, l'architecture doit privilégier l'ouverture aux autres et faciliter le contact avec autrui. Cette symbolique forte est une des bases du projet du futur CAG. En effet, ce désir d'ouverture est déjà exprimé par le désir de ne pas "*ghettoiser*" les personnes démentes. Ces dernières seront donc accueillies dans la même structure que des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, il a été décidé collectivement de favoriser la rencontre de ces deux types de résidents lors d'animations

ponctuelles certes mais aussi au quotidien en garantissant aux personnes désorientées la possibilité de fréquenter le jardin thérapeutique.

Par ailleurs, l'unité ASA doit offrir au résident **un véritable parcours de déambulation**. La déambulation est une manifestation caractéristique de la maladie d'Alzheimer. A un certain stade, la personne va éprouver le désir irrésistible d'errer au gré des espaces qui s'offrent à elle. Bien entendu cette attitude n'est pas sans représenter un risque certain dès lors que les accès extérieurs ne sont pas contrôlés, de même que les accès aux locaux techniques de l'établissement.

Toutefois parler de parcours de déambulation ne doit pas se résumer à la présence d'un simple couloir où la personne pourra aller et venir : le patient Alzheimer vit difficilement « *les culs de sac* », en d'autres termes les couloirs se terminant par un mur ou une vitre. Il est indispensable de prévoir des circulations continues, dépourvues d'obstacles.

La déambulation demeure une des difficultés majeures dans l'accueil des personnes désorientées ; par volonté de préserver au maximum la sécurité du résident ou par manque de temps consacré à la surveillance, le personnel peut être tenté de la freiner en usant de contentions tant physiques que chimiques. Cependant la déambulation ne doit pas être seulement perçue du côté de ses aspects perturbateurs : elle permet de maintenir une activité physique donc retarde d'autant la grabatisation. De plus, on ne peut écarter ses effets bénéfiques sur l'appétit du patient ainsi que sur son sommeil.

Toutefois, pour conclure ce point il est important de considérer la déambulation comme une des dernières manières pour le résident d'exprimer sa liberté de mouvement, à l'intérieur il est vrai d'un environnement restreint mais parfaitement sécurisé. L'existence d'un parcours de déambulation au sein d'une unité ASA solutionne finalement un réel problème éthique à propos de la possibilité ou non de laisser au résident une certaine liberté de mouvement.

Ces éléments sont donc incontournables lors de la réalisation d'une unité ASA, ils vont conditionner à l'avenir la prise en charge du résident. Il est donc indispensable que leur présence soit spécifiée dans le programme remis à l'architecte. Cependant ils ne doivent pas être vécus comme une contrainte, comme un frein à l'innovation : ils peuvent être mis en valeur de diverses manières comme nous allons le voir.

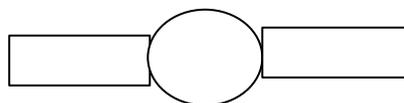
2.1.2 Des conceptions architecturales variées à destination d'une même population

Il n'existe pas de réponse architecturale unique et incontournable, capable de pallier les multiples déficiences dues à la maladie ou du moins d'en atténuer les effets afin de préserver un maximum d'autonomie. En fait, il ne faut pas uniformiser l'approche de la maladie car chaque patient ne développera pas les mêmes symptômes ou bien les développera à des degrés divers . Il en ressort qu'il faudrait autant de locaux agencés différemment que de malades accueillis afin que la réponse architecturale soit vraiment optimale. Compte tenu de cette limite, les expériences menées dans l'ensemble du pays tentent de s'adapter au plus grand nombre pour la plus grande satisfaction des besoins révélés.

Si traditionnellement ces personnes ont été accueillies dans des établissements de conception purement hospitalière, nous faisons référence ici aux fameux V120 (couloirs interminables distribuant des chambres communes et halls d'entrée vastes, froids et impersonnels), ou bien dans des établissements pour personnes âgées dépendantes malheureusement peu adaptés à leurs pathologies, il apparaît évident que ces solutions présentent aujourd'hui des limites et ne permettent pas de garantir une prise en charge de qualité telle que préconisée par les derniers textes relatifs à la maladie d'Alzheimer.

La littérature relative à ce sujet expose toutefois des conceptions type ayant donné lieu à des réalisations pertinentes. On retiendra :

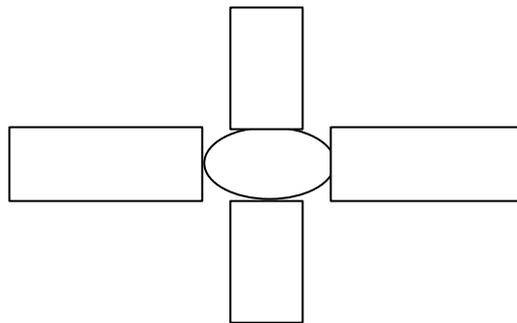
✓ L'organisation linéaire :



C'est l'organisation traditionnelle qui a prévalu dans les années 50 à 70 : les chambres sont réparties de part et d'autre d'un couloir aveugle. Les lieux de vie (salle à manger, séjours, locaux d'animation) se concentrent au centre du bâtiment ou du moins à l'écart des chambres. Aucun parcours de déambulation n'est identifiable, les couloirs se terminant par un mur ou au mieux une fenêtre.

On reprochera à cette conception largement hospitalière, son manque de chaleur, son anonymat et son manque de luminosité : constats incompatibles avec la prise en charge optimale du résident psychiquement dépendant. Cependant cette conception architecturale peut évoluer vers un ensemble fonctionnel et harmonieux dès lors que les circulations sont élargies, que la lumière naturelle est réintroduite dans les unités de vie. La clinique du Diaconat de COLMAR²¹ reprend cette organisation linéaire dans un certain sens avec des chambres distribuées par un couloir largement vitré cette fois et des lieux de vie concentrés à l'étage inférieur.

✓ **L'organisation centripète**

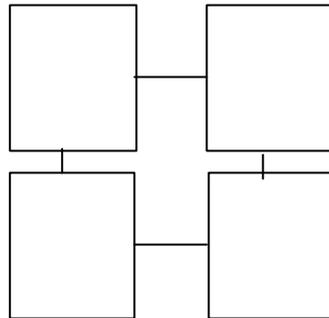


Ici, l'ensemble des circulations converge vers le noyau de vie collective. Du fait d'un moindre étalement des bâtiments, il est à noter que les trajets entre les chambres et les espaces collectifs s'en trouvent réduits, ce qui présente des avantages incontestables pour le personnel et pour les résidents les moins valides. Par ailleurs, le pôle central constitue naturellement un pôle d'animation : la surveillance en est facilitée d'autant. Les chambres se répartissent de part et d'autre des circulations. Aucun parcours de déambulation n'est encore identifiable si ce n'est autour des lieux de vie.

Les Résidences MAREVA exploitent depuis 1995 cette organisation dans leur structure « **Les Nymphéas** ». Après quelques années, elles déplorent toutefois le manque de luminosité dans les locaux de vie concentrés au centre de l'étoile ainsi que l'absence d'un véritable parcours de déambulation, élément indispensable pour l'accueil de personnes âgées désorientées valides.

²¹ Référence citée par Brigitte CHALINE dans son ouvrage : Les unités spécialisées Alzheimer. Manuel de conception architecturale. 2001.

✓ **L'organisation en pavillons indépendants :**

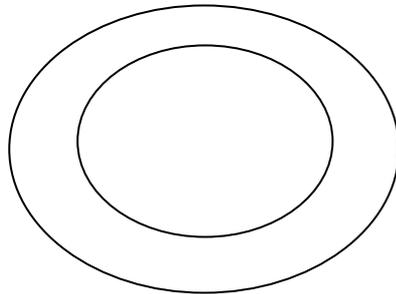


Dans cette organisation, chaque unité possède les locaux indispensables à son fonctionnement quotidien : chambres mais aussi séjour, salle à manger, salle de soins... Les différentes unités sont reliées par des voies de circulations également appelées «*rues centrales*».

Les Maisons de Retraite du BRIVET et de L'EPINE BLANCHE rattachées au CH de ST NAZAIRE sont construites sur ce modèle malgré une apparence très différente : la Maison de Retraite du BRIVET retient en effet une forme triangulaire tandis que celle de L'EPINE BLANCHE est de forme carrée.

Ce concept est intéressant du fait de la relative autonomie dont jouissent les unités de vie mais également du fait de la convivialité qui s'en dégage au quotidien. Les résidents ont davantage le sentiment de vivre dans une maison que dans une institution, l'angoisse de l'inconnu est de cette manière atténuée. Un parcours de déambulation est matérialisé dans chaque unité. Par ailleurs, cette disposition permet à la nature et donc à la lumière de pénétrer dans les circulations par le biais de patios. Enfin, les conditions de sécurité, du fait de la petite taille, sont renforcées. On retrouve ici les caractéristiques type de l'unité Alzheimer.

✓ L'organisation en boucle :



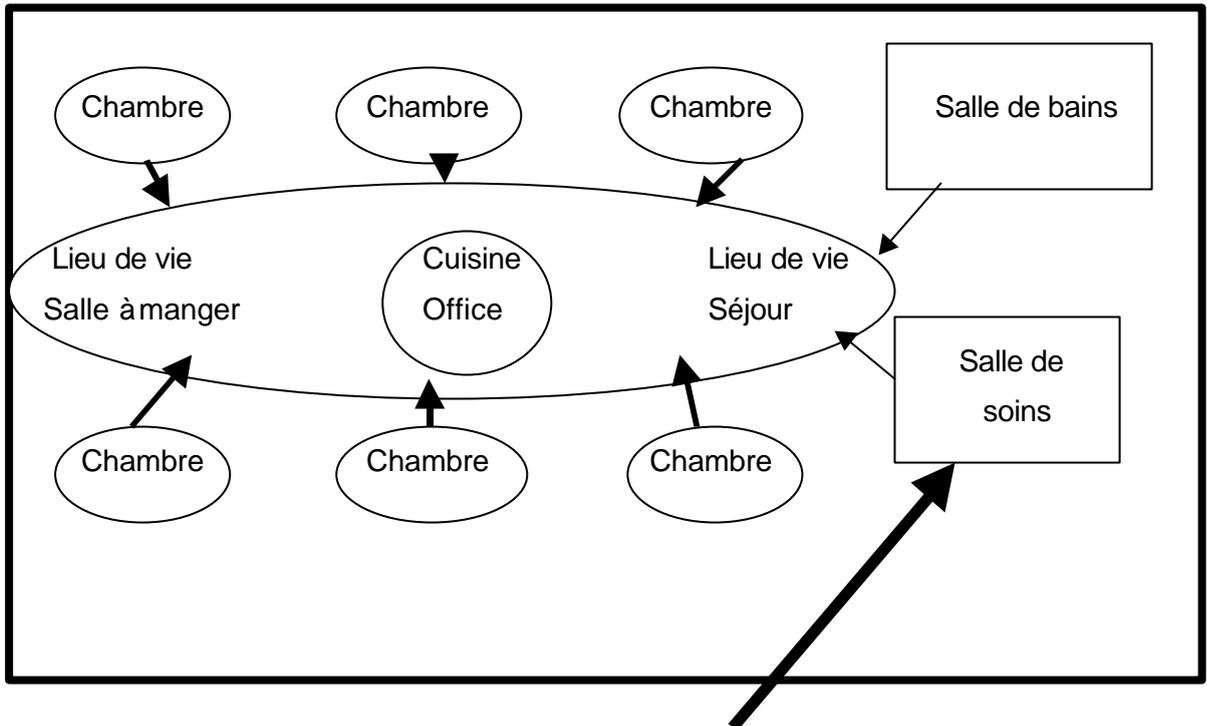
Les bâtiments s'organisent autour d'espaces extérieurs clos, paysagers ou non, qui apportent de la lumière dans les chambres et dans les circulations. Cette conception présente l'avantage de créer un véritable parcours au sein même de la structure. Les lieux de vie collectifs se répartissent tout au long des voies de circulation.

Les résidences MAREVA mesurent depuis quelques années la pertinence de cette conception architecturale adoptée dans les structures du « **Parc du Carmel** » et des « **Oréades** ». Cependant l'inconvénient principal demeure la longueur des trajets au sein des structures.

Ces différentes conceptions peuvent se justifier car elles présentent toutes des avantages certains. Cependant il apparaît que les conceptions linéaires et centripètes n'offrent pas toutes les caractéristiques qu'une unité spécialisée Alzheimer se doit de réunir compte tenu de la spécificité des résidents accueillis : le manque de luminosité de même que l'absence de réel parcours de déambulation sont à déplorer.

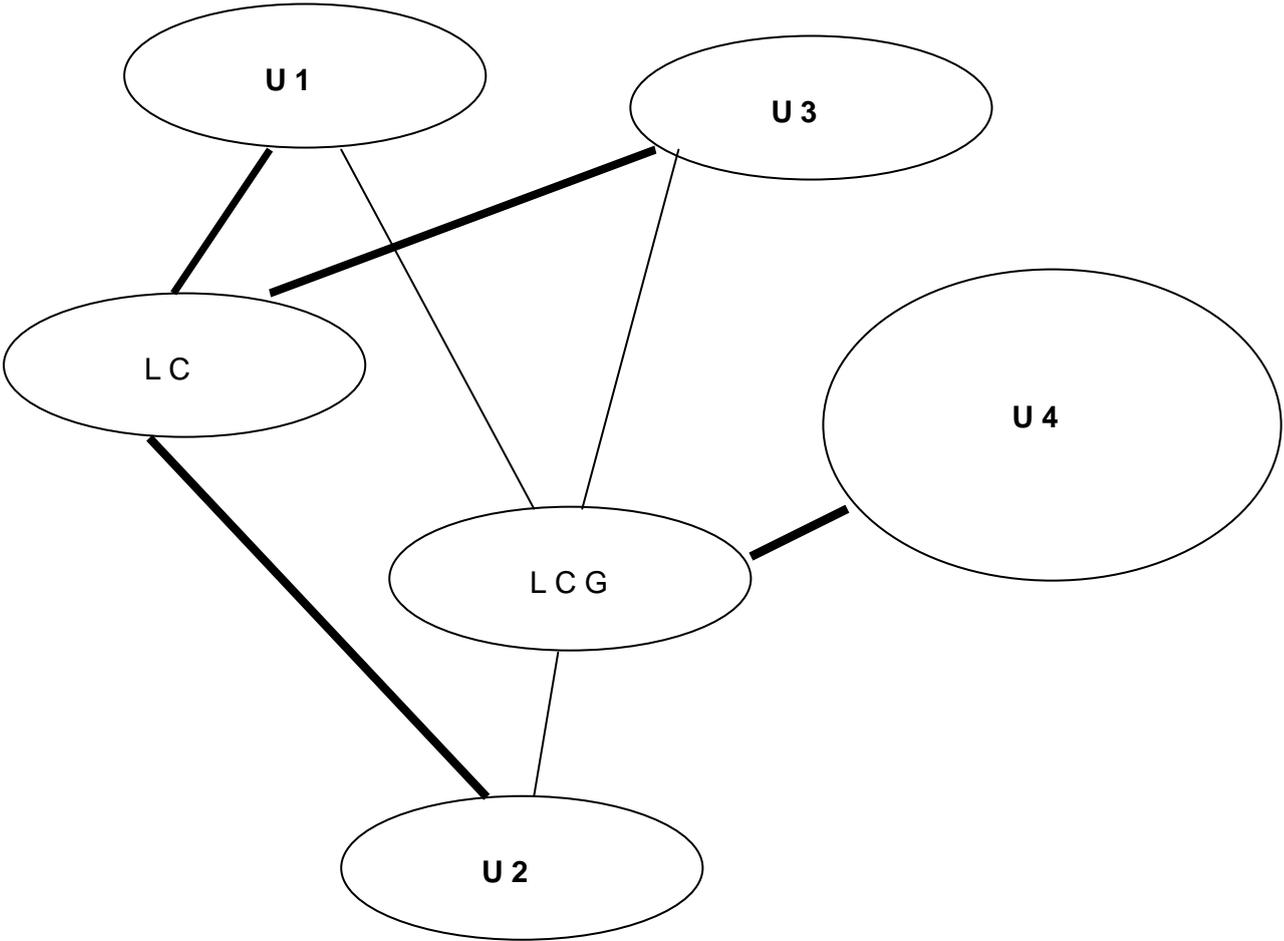
Il est impossible d'établir un plan type d'une unité spécialisée dans l'accueil des personnes démentes. Cependant certaines constantes se retrouvent d'une réalisation à l'autre et il peut être intéressant de s'y arrêter dans le cadre de la construction du CAG de Parc er Vor.

Schématiquement, l'unité ASA peut être se concevoir comme suit :



Entrée dans l'unité à proximité de la salle de soins

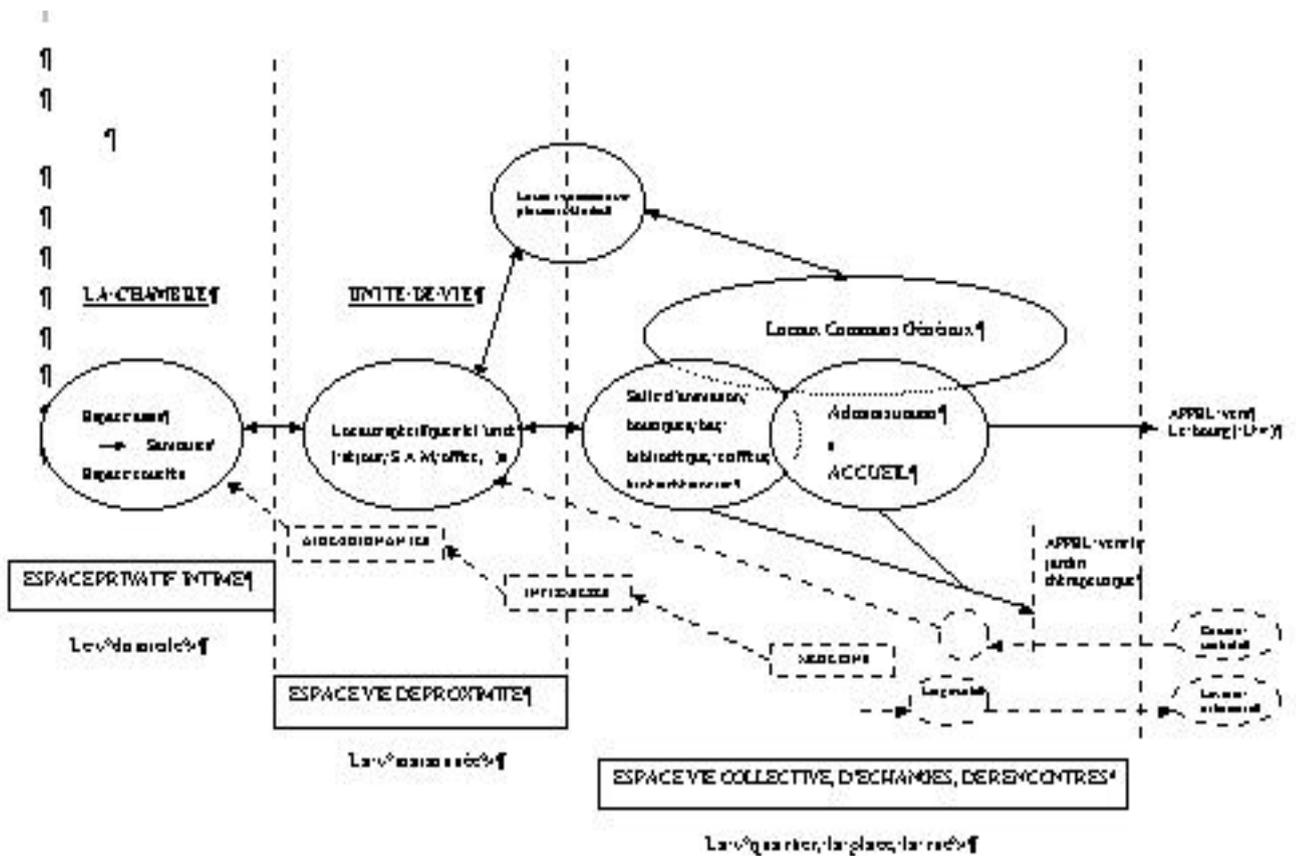
**Schéma fonctionnel général
Parc er Vor**



- U Unité de vie
- LC Locaux communs à U1, U2, U3
- LCG Locaux communs généraux

Les espaces de vie des résidents

La logistique



L'unité type est donc construite autour d'un vaste local dit "*de vie*", les chambres individuelles ouvrent directement sur cet espace dans la plupart des cas ou bien cet espace de vie est inséré dans un espace plus vaste offrant des possibilités de déambulation: dans ce cas les chambres ouvrent sur les circulations. Cette dernière solution semble privilégiée car elle offre des espaces plus vastes donc elle peut-être moins génératrice d'un sentiment d'enfermement. L'accès à l'extérieur de la structure se fait par un sas à proximité de la salle de soins afin de permettre un contrôle efficace des entrées et sorties. Souvent cette salle de soins est entièrement vitrée à des fins évidentes de surveillance et de sécurité.

Le CAG de Parc er Vor s'inscrit pleinement dans cet esprit. Chaque unité fonctionnera en parfaite autonomie c'est à dire que chacune disposera de son office, de sa salle à manger et d'un séjour. Le résident évoluera dans un environnement familial et quasi familial d'où certainement la manifestation moindre d'angoisse et donc une meilleure qualité de vie. La salle de soins positionnée à l'entrée de l'unité permettra un contrôle efficace des accès.

Le projet architectural doit tenir compte des spécificités de la population accueillie. L'architecte est donc tenu de s'imprégner des recommandations et contraintes définies par le maître d'ouvrage et les équipes soignantes. Cependant cette contrainte n'est pas la seule à intégrer. En effet, la réglementation est particulièrement directive en ce qui concerne la dimension sécuritaire.

2.2 UNE ARCHITECTURE CONDITIONNEE PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR

La réglementation fixe un cadre obligatoire pour le projet architectural. Les exigences vont déjà concerner les mesures sécuritaires à mettre en place, notamment en termes de prévention des incendies et ensuite les dispositifs au service de la qualité des prestations.

2.2.1 L'intégration de la dimension sécuritaire

2.2.1.1 La sécurité incendie à Parc er Vor

La prévention incendie, à proprement dit, peut se définir telle que consistant à maîtriser l'ensemble des mesures destinées à réduire les risques d'incendie dans un bâtiment ou dans

une installation. Dans le cas où ce risque, finalement mal contenu, conduirait à un sinistre, la prévention a également pour but d'en limiter les effets.

Il s'agit déjà de prévenir tout départ de feu en utilisant des équipements tels que des détecteurs de fumée et des matériaux adéquats. Un système de détection incendie est donc obligatoire et doit être régulièrement vérifié par un organisme agréé. Par ailleurs, le choix des matériaux est conditionné par une certaine résistance au feu et doit minimiser les dégagements de fumées. A cet effet, l'ensemble des matériaux est soumis régulièrement à des contrôles et subi un classement selon le degré de résistance au feu. Ce classement est publié au journal officiel et réactualisé en permanence.

Ensuite si ces moyens ne sont pas suffisants et si un incendie se déclare, il s'agit de faciliter l'évacuation des résidents, de les protéger. Des équipements tels que les colonnes de désenfumage, les portes coupe-feu asservies autorisent une intervention du personnel et des secours facilitée ; quant aux issues de secours aisément repérables par un éclairage approprié, elle permettent une évacuation rapide avec des risques moindres. Dans de telles circonstances par ailleurs, les ascenseurs sont bloqués. Le travail des pompiers doit être facilité et sécurisé au maximum à des fins d'efficacité. L'accessibilité des façades est à ce titre importante. Le CAG étant constitué de deux demi niveaux, l'évacuation en sera facilitée en cas de problème grave. De plus la sectorisation des différentes unités limitera la progression de l'incendie et organisera l'évacuation. Il est à noter qu'une voie suffisamment large dessert la façade nord du bâtiment.

Enfin, il s'agit de protéger les bâtiments existants. Là ce sont les nouveaux matériaux employés qui ont un rôle à jouer de même que l'organisation intérieure. Ainsi, les portes coupe-feu permettent de sectoriser et de contenir l'incendie pendant quelques dizaines de minutes, le revêtement anti-feu limite la propagation des flammes. Enfin, des extincteurs placés dans tout l'établissement facilitent le travail des secours de même qu'un système de désenfumage naturel performant. Le CAG de Parc er Vor, sectorisé en au moins 4 parties suivant les unités de vie, offrira les conditions de sécurité incendie requises tout en ne tombant néanmoins pas dans l'excès qui en ferait une superstructure peu agréable à vivre, en tout cas fort éloignée de l'image du domicile personnel que chacun souhaite retrouver. Il y a donc un compromis à trouver afin de respecter les exigences sécuritaires et de promouvoir une qualité de vie des résidents accueillis.

Mais les modalités d'exploitation des locaux sont également importantes: elles doivent être connues d'un grand nombre d'intervenants de la construction. Doivent s'y intéresser les

maîtres d'ouvrage, les exploitants, les bureaux d'études techniques. Tous les moyens préventifs doivent être respectés par les constructeurs et les exploitants. Des contrôles sont effectués à cet effet dans chaque établissement au stade du permis de construire, avant l'ouverture au public et périodiquement pendant l'exploitation.

Une réflexion sur la possibilité ou pas pour le résident d'apporter du mobilier personnel qui ne soit pas anti-feu est à mener. Il ne faut pas oublier que l'établissement constitue le domicile de la personne donc il faut lui préserver une intimité, et maintenir des liens avec sa vie passée, sa famille. Il faut veiller à ne pas lui ôter tous ses repères à des fins certes louables de sécurité.

Par ailleurs, il est également intéressant de poser le problème des fumeurs: faut-il interdire de fumer dans toute la structure ou dans les chambres seulement? Pour le moment ce point est encore en discussion mais cette pratique conditionnera forcément l'organisation de la sécurité incendie. Un arbitrage entre le respect de la liberté des personnes vivant dans une substitution de leur domicile et la contrainte sécuritaire inhérente à tout lieu de vie collective est à mener. Il semblerait toutefois plus logique d'interdire de fumer dans toute la structure à l'exception peut-être de l'espace cafétéria ouvert dans le hall d'entrée.

Concrètement, en matière de sécurité incendie, il a été précisé dès le programme de l'opération de construction du CAG de Parc er Vor, les différentes contraintes réglementaires et techniques que le projet devrait respecter et notamment le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les Etablissement Recevant du Public (ERP).

Le choix du projet architectural n'a pas été anodin et les considérations de sécurité incendie ont été analysées afin d'établir un comparatif entre les trois projets retenus au stade du concours. Cette analyse très technique a été confiée à un organisme de contrôle: les items de comparaison ont notamment concerné:

- ✓ -L'accessibilité des façades.
- ✓ -La résistance au feu de la structure .
- ✓ -La distribution intérieure.
- ✓ -Le désenfumage.
- ✓ -Les dégagements .
- ✓ -La ventilation.

Le projet retenu a fait en général l'unanimité en ce qui concerne la dimension sécuritaire.

Par ailleurs, l'arrêté du 25 juin 1980 ²²impose que chaque établissement recevant du public soit classé dans une catégorie homogène, déterminée à partir de son type et de sa nature afin de proportionner les mesures de prévention aux risques encourus par le public reçu.

Le type dépend de la nature de l'exploitation (art R123-18). Le CAG de Parc er Vor, sera classé comme établissement de type U, type qui regroupe les établissements de soins, les cures médicales, les établissements pour personnes handicapées ou les personnes âgées non hébergées dans des foyers logements. Cependant le classement en établissement de type J aurait pu être retenu compte tenu de l'arrêté du 19 novembre 2001²³ qui différencie les structures d'accueil pour les personnes âgées et personnes handicapées des autres établissements de soins. Ce choix apporte certes des contraintes supplémentaires mais offrira à l'avenir davantage de perspectives d'évolution.

La catégorie de l'établissement dépend, elle, de l'effectif admissible du public et du personnel. Cet effectif est déterminé à partir du nombre de places assises, du nombre de lits, de la surface réservée au public, de la déclaration du chef de l'établissement ou bien après l'ensemble de ces indications en fonction des structures rencontrées.

Les règles de calcul à appliquer sont précisément fixées pour chaque type d'établissement par le règlement de sécurité (arrêté du 25 juin 1980). Pour les types J, l'effectif est défini comme suit:

- ✓ Effectif maximal des résidents et du personnel en travail effectif selon la déclaration du chef d'établissement .
- ✓ Une personne pour 3 résidents au titre des visiteurs.
- ✓ Une majoration pourra être faite si l'établissement reçoit des personnes autres dans certains locaux.

Ainsi, différentes catégories sont à distinguer:

- ✓ Effectifs supérieurs à 1500 personnes.
- ✓ Effectifs entre 700 et 1500 personnes.

²² Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

²³ Arrêté du 19 novembre 2001 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

Le CAG comptera 81 lits au titre de l'hébergement permanent et 3 lits d'hébergement temporaire, soient 84 lits. L'effectif devrait être de 50 agents environ. Il faudra donc considérer un total de 128 personnes minimum, cela place donc l'établissement en seconde catégorie.

Le classement d'un établissement en type U n'est pas sans conséquences sur la conception et l'organisation du bâtiment ainsi que sur les matériaux qui seront employés. Les personnes âgées dépendantes sont avant tout des personnes fragiles et peu mobiles, la prévention des incendies est donc primordiale dans ces lieux de vie collective. D'ailleurs, la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁴ affiche sa volonté de promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage en stipulant que la sécurité figure parmi les droits fondamentaux des personnes.

2.2.1.2 La sécurité alimentaire et l'hygiène

L'hygiène en structure collective est particulièrement surveillée que ce soit au niveau des cuisines que de la lingerie ou tout simplement de la propreté et de la salubrité des locaux en général. Dans une structure destinée à accueillir des personnes âgées relativement fragiles il est absolument indispensable de veiller à ce que les conditions d'hygiène soient optimales. Les impératifs sécuritaires découlant de la législation en vigueur conditionnent donc pour une large part la conception des locaux dits "à risques": cuisines, chambres froides, lieux d'entreposage du linge propre et du linge sale. L'arrêté du 29 septembre 1997²⁵ pose certains principes concernant notamment l'implantation, l'aménagement et l'équipement des locaux ainsi que des principes concernant leur utilisation et leur entretien.

Par ailleurs, une attention particulière est portée par les services vétérinaires pour que la démarche HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Point) dite "*marche en avant*" soit parfaitement respectée. En résumé il s'agit de séparer physiquement les circuits empruntés par le propre et par le sale. Concrètement, les locaux destinés à la préparation des aliments ne devront jamais être les mêmes que les locaux dédiés à la vaisselle, le lieu d'entreposage du linge sale devra être différencié du lieu d'entreposage du linge propre.

Cette démarche va cependant plus loin car elle permet d'identifier et d'analyser l'ensemble des risques aux différents stades, de définir les moyens à mettre en œuvre pour maîtriser les

²⁴ Loi du 2 janvier 2002 n°2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²⁵ Arrêté du 29 septembre 1997 relatif à l'hygiène applicable à la restauration collective à caractère social.

risques et enfin d'évaluer les moyens en termes d'efficacité. Le projet de construction du Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor a intégré ces exigences afin d'optimiser la prestation servie aux résidents et de préserver leur état de santé. Cependant compte tenu de l'absence de cuisine et de lingerie dans l'établissement, les risques inhérents à la présence de ces locaux devraient être minimisés.

Toutefois, si durant ces dernières années, la différenciation des circuits propres et sales a fait office de point de départ pour l'implantation et la conception des locaux à risques, on s'est aperçu au fil du temps de la nécessité de relativiser cette séparation forcément coûteuse car il y a toujours finalement un point de rencontre ne serait-ce que dans la chambre du résident.

Comme pour la sécurité incendie, il faut donc concilier le "*tout sécuritaire*" et la qualité de vie du résident. Un compromis est à trouver déjà lors de la phase conceptuelle mais également plus tard au moment de l'organisation du fonctionnement de la structure.

2.2.2 Une démarche qualité centrée sur le respect du résident

La qualité est actuellement un sujet d'actualité tant dans le secteur sanitaire avec la procédure obligatoire de l'accréditation que dans le secteur social et médico-social. Certes, ces derniers établissements ne sont pas encore soumis à l'obligation d'une visite de l'Agence Nationale d'Evaluation et d'Accréditation mais un cahier des charges indicatif a été porté à la connaissance de chacun afin qu'il s'engage dans cette démarche. Dans le cadre de la construction d'un nouvel établissement tel que le CAG de Parc er Vor, l'exigence qualitative doit donc être prégnante afin d'anticiper sur l'avenir.

2.2.2.1 Le rappel des textes légaux qui constituent un minimum obligatoire

L'arrêté du 26 avril 1999 fixe le contenu du cahier des charges que les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes devront respecter dans le cadre de la signature des conventions tripartites²⁶.

²⁶ Convention tripartite : convention signée entre l'établissement visé, le Conseil général et l'Assurance maladie, et qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant financières

La qualité sera ainsi appréciée au regard:

- ✓ « de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou pas d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ».
- ✓ « des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes».

Les différentes recommandations faites ne présentent pas de caractère obligatoire dont le respect serait directement lié à l'autorisation de fonctionnement, elles laissent aux contractants une certaine marge d'appréciation et de réalisation selon la spécificité des établissements.

Concrètement la prise en charge des résidents devra concourir à

- ✓ Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée avec son environnement social.
- ✓ Préserver un espace de vie privatif, en garantissant un sentiment de sécurité, y compris contre d'éventuelles agressions d'autres résidents.
- ✓ Pour les résidents présentant une déficience mentale, il s'agira de concilier une indispensable sécurité avec une nécessaire liberté.
- ✓ Maintenir les repères sur lesquels se fonde l'identité du résident.
- ✓ Mettre à disposition chaque fois que c'est nécessaire des éléments techniques tels que le téléphone, la télévision dans chaque chambre, sans contrainte horaire.
- ✓ Permettre et favoriser l'accès à des prestations extérieures telles que l'esthéticienne, la coiffeuse.

que relatives à la prise en charge des personnes ainsi que les modalités d'évaluation. Cette convention est signée pour 5 ans et permettra l'attribution de moyens en conséquences.

La circulaire du 16 avril 2002 pose plus spécifiquement des objectifs d'amélioration de la qualité des structures d'hébergement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

L'architecture des espaces est donc un élément très important: les espaces destinés à accueillir des personnes âgées, démentes qui plus est, doivent être conçus et adaptés de manière à ce qu'ils contribuent directement à lutter contre la perte d'autonomie des résidents, à favoriser leur sociabilité. D'ailleurs il est intéressant de préciser qu'un guide méthodologique devrait être publié dans les prochains mois, il apportera des éléments de réponse tant sur la qualité de l'accompagnement que sur la qualité du cadre bâti des unités spécialisées Alzheimer.

2.2.2.2 L'architecture du CAG de Parc er Vor :un préalable pour une prise en compte plus respectueuse du résident

Le projet architectural d'une unité destinée à l'accueil de personnes âgées atteintes de démence doit participer pleinement à la promotion de la qualité de la prise en charge, qualité jugée par référence à différents critères: l'établissement doit notamment:

✓ **Préserver l'intimité des personnes accueillies et de leur famille**

L'établissement d'accueil constitue une transposition du domicile du résident. Il existe des recommandations minimales à ce titre. La chambre doit être individuelle dans la mesure du possible. A ce propos l'arrêté du 26 avril 1999 a au moins eu le mérite de clore le débat entre l'avantage des chambres individuelles ou des chambres à deux lits: la chambre individuelle doit être privilégiée impérativement. Il a été tenu compte de cette recommandation dans le programme de construction de Parc er Vor afin de préserver au maximum l'intimité des personnes d'une part et afin de faciliter la gestion des entrées d'autre part: de plus en plus les familles et les résidents eux-mêmes demandent des chambres individuelles. Toutefois certaines chambres seront communicantes pour l'accueil de couples. Cette solution déjà expérimentée aux Résidences MAREVA offre la convivialité des chambres doubles tout en permettant de respecter au mieux l'intimité de chacun.

L'espace privé requiert une surface suffisante de l'ordre de 18 à 22 m² pour une personne seule et de 30 à 35 m² pour un logement accueillant deux personnes. Pour le projet du CAG, il a été délibérément retenu de ne pas faire de chambres trop grandes (le projet retient des

chambres de 20 m²). En effet les personnes dépendantes, à mobilité réduite ou désorientées, prennent souvent appui sur les meubles ou les murs à portée de main. Privilégier l'option de chambres aux dimensions supérieures permettrait certes plus d'espace pour les résidents se déplaçant en fauteuil mais éloignerait d'autant les points d'appui, générant ainsi une plus grande probabilité de chutes. La visite et le témoignage de personnel de d'autres établissements ont conforté l'équipe dans ses choix. Cependant une attention a été portée par l'architecte afin de garantir des espaces suffisamment larges pour autoriser une rotation complète des fauteuils dans la chambre d'une part et dans la salle de bains attenante d'autre part. La salle de bain désormais quasi obligatoire dans chaque chambre respectera les normes handicapés.

Enfin, l'espace dédié au résident doit être personnalisable: il est important qu'il puisse apporter des petits meubles personnels, des photos de famille, des objets qui lui sont chers et qui lui permettront de ne pas se sentir totalement perdu et abandonné. La volonté de respecter le droit à l'intimité de chaque résident s'exprimera également par la présence d'une salle à manger spécifique aux visiteurs. Chacun pourra ainsi partager un repas avec ses proches dans une salle séparée, au calme et à l'abri des regards.

✓ **Contribuer au maintien des liens sociaux**

Le maintien des liens sociaux et de la citoyenneté peut être conditionné par la présence de lieux de vie collectifs au sein de la structure. Le traitement des espaces doit donc entretenir une certaine convivialité. Ces espaces collectifs comprennent notamment les lieux de restauration, les petits salons, les locaux d'activités et d'animation. Ils intègrent également les espaces de circulation ; qu'ils soient horizontaux ou verticaux, ils doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des différents locaux intérieurs comme aux espaces extérieurs. Les difficultés de déplacement des résidents doivent également être prises en considération; par conséquent la dimension des couloirs est à adapter à la circulation des fauteuils et des chariots d'entretien. Le cadre est enfin à étudier afin d'encourager l'échange: un mobilier confortable et gai incitera davantage la fréquentation des petits salons.

Par ailleurs il est souhaitable que les personnes extérieures soient incitées à visiter leurs parents ou tout simplement à fréquenter la structure lors d'animations ponctuelles. La localisation de la structure ne doit pas être un frein au maintien de relations sociales. Dans cette optique, une attention particulière a été portée à la localisation du futur CAG: l'établissement se situera à moins de 200 mètres du centre bourg de MEUCON et environ 7 km de la ville de VANNES. La possibilité d'utiliser les transports en commun facilitera la fréquentation de la structure. Trop souvent les établissements destinés à l'accueil de

personnes âgées se trouvent isolés en pleine campagne sous un prétexte de sécurité et de meilleure qualité de vie. Pourtant on peut considérer que cet éloignement constitue un premier pas vers la maltraitance de la personne âgée que l'on coupe alors de tout contact avec la vie extérieure. Selon Robert HUGONOT, « *la 1^{er} cause de maltraitance des "vieux" est de situer l'établissement en dehors de la cité ou de l'agglomération. Le résident coupé de ses liens sociaux doit pouvoir en tisser de nouveaux d'où l'importance d'un établissement qui soit ouvert sur l'extérieur et qui soit facile d'accès* ».

✓ **Préserver la santé et en prévenir toute dégradation**

Il existe certains espaces spécifiques dédiés aux soins. Ils doivent être la traduction architecturale des caractéristiques du projet de soins adopté par l'établissement. La présence d'un local approprié pour organiser les soins paramédicaux et préparer les prescriptions et, le cas échéant, d'espaces permettant la réalisation des prestations de rééducation ou de réadaptation, voire d'un cabinet médical, est indispensable. Le CAG de Parc er Vor disposera de deux salles de soins localisées au centre de chaque demi niveau. Deux salles plus petites destinées à entreposer des médicaments seront positionnées à l'entrée des unités 1 et 3 de telle sorte que chaque unité de vie disposera d'une salle de taille plus ou moins importante ; par ailleurs ces salles seront vitrées afin que le personnel soignant puisse contrôler les accès et avoir une vue globale de ce qui se passe au sein de chaque unité et intervenir rapidement en cas de besoin. Chaque salle sera équipée du matériel indispensable à une bonne dispensation des soins. L'établissement disposera également d'une salle de kinésithérapie destinée à préserver et à stimuler les capacités locomotrices des résidents ceci dans un souci de maintien de l'autonomie.

✓ **Aider à lutter contre la perte d'autonomie**

L'accessibilité est un point important pour le projet architectural : une structure de plein pied telle que le futur CAG participe pleinement au maintien de l'autonomie des résidents surtout lorsque ceux-ci se déplacent en fauteuil. La réglementation a fait de l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite une obligation nationale²⁷. L'architecte, à l'origine des plans, a

²⁷ L'accessibilité des bâtiments aux personnes à mobilité réduite est une obligation nationale conformément à l'article 49 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

donc veillé à ce qu'il n'y ait pas de variation de niveau et que les seuils soient le moins marqués possible. Mais cette attention ne doit pas se limiter aux seuls espaces intérieurs : l'accès aux jardins et aux environs doivent également être pris en considération.

2.3 L'INNOVATION ARCHITECTURALE EN REPONSE AUX DEFICIENCES ENGENDREES PAR LA MALADIE D'ALZHEIMER

2.3.1 Des déficiences multiples compensées par une architecture pertinente

2.3.1.1 Les réponses aux troubles de la vue

La maladie d'Alzheimer entraîne une certaine détérioration des organes de perception et altère notamment les facultés visuelles de la personne. Cette atteinte se fera à des degrés différents selon que la personne souffrait préalablement de problèmes oculaires. Néanmoins cette déficience doit être prise en considération dans la phase du projet architectural. Tout d'abord il est indispensable de veiller au bon éclairage des lieux de vie, des lieux de déambulation mais également des chambres. Ceci ne constitue pas une caractéristique propre des lieux destinés à accueillir des personnes atteintes de troubles de type Alzheimer: dans toute construction destinée à l'habitat la lumière est importante. Cependant compte tenu d'une vision moins nette, il est important que la lumière naturelle soit privilégiée non seulement à des fins sécuritaires, les zones d'ombre risquant de masquer d'éventuels obstacles, mais encore il a été constaté que les personnes psychologiquement dépendantes étaient attirées par la lumière. Ce constat pourra ainsi être employé à des fins dissuasives pour détourner les personnes des lieux à risques.

Le futur Centre d'Accueil Gériatrique devrait exploiter les bienfaits de la lumière naturelle : chaque unité spécialisée ouvrira sur le jardin thérapeutique par l'intermédiaire de larges baies vitrées orientées plein sud. Les salles d'animation et les lieux de vie collective ont également été positionnés volontairement en partie sud tandis que les locaux techniques et la sortie ont été placés à l'arrière donc dans un espace plus sombre.

Parallèlement on ne peut négliger le risque d'accroissement du stress, de l'anxiété du fait de l'obscurité. Le patient y est très sensible: la lumière doit être présente au maximum dans les voies de circulation mais aussi dans les chambres. Pour permettre au jour de pénétrer largement dans les couloirs, des patios, conçus comme de véritables puits de lumière, ont été intégrés aux unités de vie. Il faut aussi noter que les brusques variations de luminosité et

d'éclairage sont à éviter ou à réduire dans la mesure du possible car la fonction visuelle de la personne âgée s'adapte très lentement d'où le risque d'accident provoqué du fait du passage d'un lieu fortement éclairé à un lieu sombre. Ce risque peut néanmoins être réduit par l'usage de veilleuses dont le déclenchement et l'interruption sont automatiquement activés par une réduction ou une augmentation de l'éclairage ambiant. La personne ne doit pas se retrouver dans le noir sous peine d'être perturbée mais elle ne doit pas non plus être éblouie. En effet, non seulement ces personnes ont une mauvaise vision mais elles sont par ailleurs très sensibles à la luminosité et à l'éblouissement qui favorise la dégénérescence rétinienne. Toutefois attention, si l'éclairage de jour est important, il est absolument indispensable que l'éclairage de nuit soit également étudié.

La lumière est un élément intéressant mais il peut être encore porteur de considérer le choix des couleurs. En effet, les couleurs jouent un rôle non négligeable dans la fonction visuelle et sur l'état psychologique du résident. Déjà la perception des couleurs étant réduite chez le sujet malade, il est souhaitable de leur donner plus d'éclat, des recherches ont cours actuellement pour à l'avenir adapter le degré d'éclat à la réduction de la perception visuelle. Ensuite selon la couleur choisie, l'effet sur le résident risque de s'avérer totalement différent. Si pendant longtemps le choix des couleurs est resté subordonné à un aspect pratique ou purement décoratif, reflétant davantage les envies des équipes soignantes ou de l'architecte, différentes études, pour certaines menées dans les années soixante notamment celle de M. DERIBERE²⁸, ont prouvé l'impact psychologique sur l'individu. La couleur n'est pas quelque chose de neutre, d'objectif, au contraire elle est perçue de manière subjective et dépend donc de l'état physique et moral de la personne qui la reçoit. La couleur est véritablement assimilable à une sensation. En ce sens, elle devra se rapprocher de l'état de celui qui la perçoit.²⁹

Plus concrètement les couleurs saturées (rouge, bleu, vert) et franches attirent l'attention, accentuent le rapprochement: elles sont utiles dans la partie signalétique utilisée pour se repérer. Les couleurs non saturées apportent, elles, davantage une impression d'éloignement: elles sont conseillées dans les pièces de petites dimensions.

Des normes de coloration ont été adoptées dans les pays, elles sont fondées notamment sur les vertus sédatives ou stimulantes des différentes parties du spectre chromatique et sur l'étude de la fatigue visuelle découlant de la couleur. Ainsi, les murs des couloirs seront préférés de couleurs claires pour que la lumière s'y reflète facilement. De plus dans une

²⁸ M. DERIBERE. La couleur dans les activités humaines. Dunod. 1959

²⁹ E. SAFFRE. Les bâtiments hospitaliers. Duco Magazine. N°5-24 automne 1957

optique différente, les couleurs claires sont une garantie d'hygiène et de respect des locaux car toute salissure ou éraflure est immédiatement visible. Les chambres, lieux de repos par excellence seront peintes dans des teintes dites apaisantes telles le bleu ou le vert. Dans tous les cas les coloristes, les décorateurs, s'accordent pour dénoncer le rôle pernicieux des bruns, noirs, gris et même du blanc jugé trop froid et trop hospitalier quand il est employé seul.

Un tableau, établi par Martin LANG³⁰, indique les caractéristiques psychologiques des différentes couleurs.

Les revêtements de sol ont aussi leur importance. Ils doivent impérativement être de couleur uniforme pour éviter les chutes dues à une mauvaise perception des reliefs. Par contre, tout obstacle tels que des marches doit être souligné par une variation de couleur.

2.3.1.2 Les réponses aux troubles auditifs

Comme une grande majorité de personnes âgées, la presbyacoustie devenant banale avec la montée en âge, les personnes présentant des pathologies démentielles pourront souffrir de difficultés auditives à des degrés divers. Toutefois ici, il ne sera pas tant question d'amplifier les sons mais davantage de les contenir car si des amplificateurs individuels peuvent partiellement remédier à un déficit auditif. Pour ce qui est des phénomènes de résonance, c'est au niveau architectural qu'il faut d'abord les traiter. Le résident d'une unité spécialisée est particulièrement sensible aux bruits ambiants s'ils dépassent une certaine intensité, ils risquent alors d'engendrer anxiété, peur et provoquer des tentatives de fuite faute pour le patient de parvenir à comprendre l'origine du phénomène. La personne démente ne peut traiter plusieurs informations en même temps donc il faut veiller à réduire les bruits de fond et les stimuli de forte intensité tels que les sonneries qui engendrent distractibilité et angoisse. Cela signifie que l'architecte doit faire très attention aux hauteurs sous plafond, dans les unités de vie spécialisées mais encore dans le hall d'entrée. Trop souvent ces halls prennent des proportions importantes par souci d'esthétisme plutôt que par réelle nécessité.

Par ailleurs, il faut intégrer le fait qu'une personne désorientée peut être encline à crier, sans raisons apparentes, exprimant ainsi une peur, un mécontentement, une souffrance. Ces cris risquent de perturber non seulement les autres résidents de l'unité mais encore ceux de l'unité d'accueil traditionnelle, ce qui pourra être mal vécu. Enfin ces cris risquent de devenir

³⁰ Martin LANG. Character analysis through color.

pénibles dans la durée pour les équipes de soins et dérangeants pour les visiteurs. Bien entendu, ces personnes ne doivent pas être mises à l'écart pour autant: cette volonté a été clairement affichée dès le début par la Direction des Résidences MAREVA et par les équipes soignantes. Il est donc nécessaire, lors de la phase conceptuelle, de prévoir une isolation phonique suffisante.

L'aménagement des locaux et surtout leur répartition a son importance: en effet, il faut veiller à ne pas placer les locaux générateurs de bruits (buanderie, réserves, cuisines, salle d'animation) à proximité immédiate des chambres des résidents afin de respecter leur intimité et leur tranquillité.

Réduire les bruits, atténuer les résonances sont une préoccupation mais le bruit n'est pas forcément à exclure des bâtiments. Certains bruits peuvent au contraire être bénéfiques, apaisants et contribuer au repérage temporel des personnes. C'est ainsi l'objet de la musicothérapie qui peut être utilisée pour calmer des résidents agités.

Cette préoccupation pour l'acoustique a été mise en évidence dans le programme de l'opération du futur CAG. Toutefois les deux arrêtés du 28 octobre 1994³¹ n'étant applicables qu'aux logements et l'arrêté concernant plus spécifiquement les établissements de santé n'étant pas paru, les exigences du maître d'ouvrage se sont calquées sur les dispositions les plus contraignantes découlant des arrêtés du 28 octobre et de l'arrêté du 9 janvier 1995³².

2.3.1.3 Les réponses aux troubles du toucher et de l'appréhension

L'apraxie, c'est-à-dire l'incapacité d'exécuter des mouvements coordonnés tels que l'écriture ou la marche, sans que la motricité et la sensibilité soient atteintes, est une déficience caractéristique de la maladie d'Alzheimer: elle génère inévitablement frustration, angoisse et perte d'autonomie. Faute de pouvoir résoudre le fond du problème, il est important que le projet architectural d'une unité spécialisée intègre cette évolution de la maladie et fasse en sorte de faciliter les mouvements de la personne âgée. Des aménagements simples mais pensés permettront de solutionner pour un moment la déficience: à titre d'exemple, les poignées de porte devront être de vraies poignées, larges et faciles à manipuler et non des

³¹ Arrêtés du 28 octobre 1994 relatif aux caractéristiques acoustiques des bâtiments d'habitation et relatif aux modalités d'application de la réglementation acoustique.

³² Arrêté du 9 janvier 1995 relatif à la limitation du bruit dans les établissements d'enseignement.

poignées rondes. De même les interrupteurs seront préférés à bascule plutôt que sous forme de boutons poussoirs. Il faut également se souvenir que tout apprentissage devient une entreprise ardue pour le patient, il faudra donc veiller à utiliser des objets simples connus de tous.

C'est tout le champ d'intervention de **la domotique**. La domotique peut se définir comme l'automation domestique capable d'intégrer les diverses technologies ou appareils présents dans une habitation tout en offrant un niveau de fonctionnalité et de sécurité domestique nouveau et de meilleure qualité. C'est une garantie de protection pour les personnes et les biens. Le système peut donc être considéré comme une habitation complexe intégrée avec une agence domotique, composée elle de divers agents domotiques informatiques et d'éléments robotiques, qui a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent dans la maison. Actuellement les divers appareils présents dans une habitation n'ont pas été conçus pour communiquer et interagir mais la recherche technologique étudie les moyens d'optimiser leur utilisation en les rendant compatibles, communicants donc complémentaires. De nos jours des applications concrètes peuvent s'envisager sous la forme de systèmes d'alarme dès lors qu'une personne franchit le seuil d'une zone interdite, de capteurs de mouvements pour le déclenchement des lumières évitant ainsi de se retrouver dans l'obscurité. Ce système pourra être mis en place dans les circulations mais également dans les chambres afin de rassurer le résident angoissé. La domotique offre des possibilités variées qui vont simplifier la vie au quotidien tant des résidents qui retrouveront un peu d'autonomie que des équipes qui seront peut-être moins préoccupées par la surveillance constante des personnes ayant tendance à fuguer.

Toutefois cette modernité risque peut-être de perturber des résidents encore attachés à leurs habitudes de vie: encore une fois un compromis est à trouver afin que chacun puisse se sentir « *chez lui* » véritablement. Dans tous les cas les infrastructures nécessaires à la mise en place de ces équipements nouveaux sont à prévoir pour offrir à l'établissement une capacité d'adaptation dans le futur: il ne faut pas oublier qu'un établissement ne se crée pas pour quelques années mais pour une période beaucoup plus longue.

2.3.2 La stimulation des personnes malades: l'objectif spécifique du jardin thérapeutique

2.3.2.1 Un espace aménagé pour le plaisir des sens

L'entrée dans une institution ne doit pas être vécue comme un enfermement, un retrait du monde. Bien au contraire, ce nouveau domicile peut devenir une source de plaisirs dès lors que le souci du bien-être du résident prévaut. La présence d'un vaste espace extérieur, aménagé et sécurisé peut ainsi réconcilier l'Homme et la Nature et devenir une source de bonheurs et d'évasion. Comme on a pu le constater, une personne désorientée perd peu à peu ses facultés sensorielles : ouïe, odorat, vue. Le jardin est une manière de stimuler ses sens par le biais d'odeurs agréables, de couleurs, de formes et de mouvements. Ainsi, le contact des pieds nus avec le gazon est l'occasion d'éprouver un instant de fraîcheur, d'apaisement, ce peut être aussi l'occasion de se revoir enfant en éprouvant des sensations déjàconnues. Le bruit de l'eau, le chant des oiseaux ou encore le souffle du vent sont autant de sources potentielles de plaisirs que chaque résident ressentira différemment selon son histoire personnelle, l'évolution de la maladie ou tout simplement son humeur et sa réceptivité du moment. Le jardin, par conséquent, ne devra pas être trop « *institutionnel* » dans le sens où il ne se limitera pas à une vaste étendue de gazon et quelques arbres. Au contraire, ce jardin devra respirer la vie et laisser une large place à la Nature pour le plus grand plaisir de résidents qui auront dès lors l'impression de sortir de leur cadre de vie quotidien.

Bien sûr différentes activités peuvent être mises en place dans un tel espace : parcours ludique, atelier de jardinage, soins à des animaux familiers...

L'espace végétal du Centre d'Accueil Gériatrique se veut donc comme un vaste espace de plaisirs tant pour les résidents que pour le personnel ou encore pour des familles trop souvent culpabilisées du fait du placement de leur parent en institution.

2.3.2.2 Un espace à vocation thérapeutique

En dehors de l'évasion et du plaisir des sens qu'il suscite, le jardin peut s'envisager également sous un angle thérapeutique. En effet, cet espace peut participer pleinement à la prise en charge du résident désorienté dès lors que son aménagement est pensé en élément du projet de vie.

Tout d'abord il offre un parcours de déambulation intéressant lorsque des travaux indispensables ont été réalisés : allées goudronnées suffisamment planes, clôture d'une hauteur suffisante mais dissimulée dans une haie végétale pour ne pas susciter de sentiment d'enfermement. Ce parcours offre l'opportunité de rompre la monotonie des traditionnels couloirs et la répétitivité qui induisent la désorientation. L'alternance de pelouses, d'arbres de tailles variables, de massifs fleuris permet encore de se repérer. Des repères suffisamment significatifs peuvent aussi être dispersés à des endroits stratégiques : une fontaine, des jardins à thème tels que le jardin breton ou le jardin méditerranéen ou encore le jardin d'eau.

Le jardin thérapeutique peut encore s'envisager sous l'angle thérapeutique dans la mesure où il offre de multiples possibilités de repérage dans le temps : les arbres à feuilles caduques seront nus en hiver mais renaîtront au printemps. De même les arbres fruitiers, les fleurs sont un bon indicateur du rythme des saisons.

Un projet de vie et de soins peut s'appuyer sur l'existence d'un espace végétal dès lors que celui-ci est réfléchi et organisé en conséquence. La Direction de même que les équipes soignantes des Résidences MAREVA ont, dès la phase conceptuelle, intégré le jardin à vocation thérapeutique dans le programme de l'opération afin que celui-ci soit véritablement un élément du projet architectural. Au final, il apparaît que toute la structure sera tournée vers ce jardin, c'est d'ailleurs ce qui en fait son originalité.

Un principe reste à retenir: ne pas négliger le destinataire du lieu: selon que le local soit destiné au résident ou au personnel (telle la salle de soins), la solution retenue sera forcément différente. Il ne faut pas oublier que le malade d'Alzheimer souffre de déficiences qu'il faudra chercher à atténuer faute de pouvoir les résorber.

PARTIE 3

« C'est dans l'adéquation de l'architecture aux demandes des utilisateurs et aux pratiques locales que se joue la qualité d'un établissement » .

Anne PLAYE, architecte DPLG

3 MANAGER LE PROJET ARCHITECTURAL EN ETABLISSEMENT PUBLIC

Manager un projet architectural en établissement public afin de le mener à bien rapidement requière une certaine rigueur dans l'ordre des étapes suivies. Les différentes procédures sont clairement définies par le réglementation. Cependant l'expérience a montré que la démarche adoptée devait être largement participative afin de privilégier le résident à tous les stades de la réflexion.

Cette dernière partie fait le point sur la méthode de travail suivie et les différents moments qui ont conduit l'établissement au lancement du permis de construire et plus tard à la construction de la structure.

3.1 UNE SUCCESSION D'ETAPES CONTRAIGNANTES MAIS INDISPENSABLES POUR LA REUSSITE DU PROJET

3.1.1 Le préalable du projet de l'établissement

Avant de se lancer dans un projet de construction il est primordial de bien cerner l'intérêt de l'opération. A quelle population la nouvelle institution sera-t-elle destinée? Le besoin de nouvelles places d'hébergement est-il prégnant? Quels autres besoins pourront être couverts par cette opération? Quel projet thérapeutique est adopté? Quels principes fondamentaux seront retenus ? Quelle place occupera le résident en tant que Sujet?

La première phase d'un projet est une phase exploratrice. Lors de cette première étape, l'objectif a donc été de mieux cerner les possibilités d'accueil des personnes âgées sur le Bassin de VANNES et notamment des personnes psychiquement dépendantes. L'analyse de l'offre sur le département confrontée aux besoins déjà exprimés au sein des Résidences MAREVA a pu faire prendre conscience de l'ampleur de son insuffisance. Une réflexion menée conjointement par la Direction de l'établissement, par les équipes soignantes et par les instances du département a finalement conduit à la décision de destiner une partie de la capacité d'hébergement du Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor à l'accueil de malades d'Alzheimer et syndromes apparentés. Toutefois afin de ne pas créer une sorte de

"ghetto" et d'isoler par conséquent ces personnes, une unité d'hébergement traditionnelle est créée dans le même bâtiment.

Ce moment est particulièrement important car il constitue le point de départ pour la rédaction d'un projet de l'établissement, projet qui déclinera la philosophie de l'accueil au sein du nouvel établissement et qui aura des conséquences sur le projet architectural inévitablement. En ce qui concerne les Résidences MAREVA, cette étape s'est déroulée entre 1998 et 1999, de ce fait ce travail d'analyse reprend une large part de la trame développée à cette époque ainsi que des modifications ultérieures consécutives à la formalisation architecturale de juin 2001.

En fait, un projet architectural ne doit pas se limiter pas à des plans. **Les plans ne devraient jamais être que la traduction spatiale d'intentions plus fondamentales qui s'appuient avant tout sur un projet social.** Ce projet social est la trame qui va guider l'ensemble.

On constate pourtant que les projets d'établissement qui définissent l'idéologie, la philosophie de l'institution à créer ont rarement été définis et écrits avant que ne soit mené le projet architectural ce qui est fort dommageable car à l'origine de difficultés de la Direction pour bien appréhender les besoins de la population concernée mais également à l'origine d'erreurs d'interprétation par les architectes des souhaits de l'établissement. D'ailleurs certaines institutions ne disposent toujours pas d'un projet formulé et qui oriente la vie de l'établissement, ses choix, ses modes d'action.

Trop souvent on rencontre une création ex nihilo d'un cadre bâti qui ne reflète pas toujours ni n'étaye le projet thérapeutique.

"Il est donc très important de donner tout son sens et sa portée au projet d'établissement" comme l'écrit Stephan COURTEIX, architecte DPLG.

Le projet architectural doit être l'illustration du projet de l'établissement.

Concrètement, il ne faut pas négliger le fait que l'architecture véhicule un message et qu'il est indispensable que ce message soit identique à celui qui est exprimé par le projet d'établissement. Certaines questions architecturales peuvent dès lors se poser ? Privilégiera-t-on l'ouverture des espaces pour favoriser l'autonomie et la liberté de chacun ou bien certains espaces seront-ils interdits? Quels rapports entre l'intérieur et l'extérieur seront

envisagés? Les lieux de vie seront-ils concentrés sur un espace ou bien seront-ils dispersés dans la structure?

Le projet d'établissement des résidences MAREVA, qui a d'ailleurs été joint au programme de l'opération en tant qu'élément du dossier de consultation, a cherché à exprimer le plus précisément possible les intentions du maître d'ouvrage et orienté le travail de l'architecte: les unités spécialisées ne seront pas isolées mais au contraire positionnées près de la salle d'animation, ouvrant directement sur le jardin thérapeutique. Un système discret de vidéosurveillance permettra de laisser les résidents déambuler tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Finalement le projet d'établissement parvient à résumer en quelques mots les futures conditions de prise en charge et à mettre en avant l'attention portée au respect des droits du résident.

La particularité du projet de construction du Centre d'Accueil Gériatrique réside en la présence d'un deuxième projet institutionnel décliné cette fois sous l'angle du jardin thérapeutique. Ainsi l'espace végétal devrait à lui seul constituer un élément de la prise en charge, participant à l'orientation spatio-temporelle du résident mais également lui offrant des conditions de vie agréables au contact de la nature, au sein d'un vaste espace paysager sécurisé.

3.1.2 Les différentes étapes de conduite d'un projet en accord avec la réglementation

Définir le projet d'établissement avant de voir se dessiner un projet architectural semble être un préalable et relever du bon sens pourtant comme on peut le constater cette condition ne figure dans aucun texte d'où souvent son absence. Cette réalité est cependant à déplorer à mon sens.

A contrario la réglementation impose pour certaines étapes un cheminement très précis et bien souvent lourd à intégrer pour des établissements de petite taille qui n'ont pas toujours la maîtrise de procédures mises en œuvre ponctuellement.

Les établissements publics doivent ainsi se conformer aux dispositions prévues dans le nouveau code des marchés publics dès lors que les montants des opérations de maîtrise d'œuvre dépassent un certain niveau. En deçà de 90 000 € HT, les marchés de maîtrise d'œuvre peuvent être passés sans formalités préalables. Entre 90 000 et 200 000 € HT, la

mise en compétition peut-être limitée à l'examen des compétences, références et moyens des candidats. Au-delà de 200 000 € HT, la procédure du concours est obligatoire. Cette dernière situation s'applique pour la construction du CAG de Parc er Vor.

Il faut également considérer la loi MOP du 12 juillet 1985 ³³ Cette loi définit les qualités du maître d'ouvrage, de la maîtrise d'œuvre et de la possibilité de recourir à un conducteur d'opération plus qualifié sur certains points techniques et donc plus à même de conseiller le maître d'ouvrage sur certaines questions.

Le concours de maîtrise d'œuvre est un concours restreint. Il comporte des étapes qu'il faut distinguer:

1. **La mise en concurrence avec publicité préalable** au JOCE et au BOAMP. Cet avis est paru en 1998 au BOAMP pour le cas des Résidences MAREVA.
2. **L'examen des candidatures par un jury** afin de sélectionner les candidats admis à concourir. Trois candidats doivent être sélectionnés au minimum. Concrètement, les Résidences MAREVA, maître d'ouvrage, ont fait le choix de ne retenir que trois candidats, considérant que ce nombre était suffisant et afin de ne pas être gênées dans leur choix par la suite. Si dans leur cas cette décision fut porteuse, elle peut constituer une prise de risques car rien ne prédit que les projets déposés correspondent aux attentes. Il peut être judicieux pour un projet de cette envergure de sélectionner au moins 4 candidats pour ne pas être peut-être obligé éventuellement de tout reprendre du départ par manque de projets pertinents. Bien sûr la sélection des candidats, 49 au total, admis à concourir a été rigoureuse. A cette fin, un jury de concours composé de personnes compétentes ainsi que de membres de l'établissement a été constitué.
3. **Le classement des candidats selon des critères précis.** Le jury s'est prononcé sur le nom des trois candidats. Il faut noter que le critère des réalisations précédentes dans le domaine médico-social était prépondérant ce qui se justifie compte tenu des spécificités requises dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes.

³³ Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

4. **La remise des prestations, de manière anonyme.** Les conditions de remise des offres ont été préalablement définies et portées à la connaissance des trois candidats dans un document intitulé "*règlement du concours*". Les résidences MAREVA ont souhaité dès le début de l'opération être particulièrement précises sur ces points afin de ne pas laisser de place à l'imprévu. A cet effet la conduite d'ouvrage a été confiée à la Direction Départementale de l'Agriculture et de la Forêt du Morbihan. Dès le mois de juin 2001 le maître d'ouvrage a pu finalement prendre connaissance des esquisses anonymes.
5. **L'analyse comparative des différents projets.** Elle a été rédigée par une commission technique constituée à cet effet et composée d'un médecin, de deux ingénieurs, de la présidente de l'Association France Alzheimer du département et donc particulièrement concernée par le problème de l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que de deux personnes de l'établissement. La synthèse réalisée s'est appuyée sur différents points d'analyse en plus du pointage des pièces administratives requises. On pourra citer notamment:

- L'implantation générale et les conditions d'accès .
- La symbolique architecturale .
- L'organisation de l'espace.
- Le traitement du jardin thérapeutique.
- L'évolutivité des bâtiments.

Par ailleurs et afin d'éviter d'éventuelles erreurs dans le choix, les trois projets ont été analysés par un organisme de contrôle. Cet organisme a pu étudier comparativement différents points complémentaires dont:

- Les conditions de sécurité des personnes.
- La conception, la solidité et les conditions thermiques.
- Le confort, l'hygiène santé, l'acoustique et l'accessibilité.

Le jury qui s'est ensuite réuni pour choisir le projet correspondant au mieux au programme de l'opération a donc pu choisir en toute connaissance de cause. Ce travail préalable peut sembler fastidieux mais demeure une condition indispensable pour effectuer le meilleur choix. Le jury a donc délibéré en se fondant sur certains critères tels que

- La conformité administrative.
- Les qualités architecturales de la construction.
- Les qualités fonctionnelles.
- Les qualités techniques.
- Les délais de réalisation.

La procédure est particulièrement longue et complexe dans le secteur public car il aura fallu plus de 4 ans pour parvenir à prendre connaissance de la concrétisation architecturale du projet de l'établissement, mais elle constitue une obligation incontournable. Toutefois, cette procédure permet d'éviter des erreurs de choix qui pourraient avoir des conséquences importantes pour la suite des opérations.

Cette procédure manifeste également un désir d'objectivité dans les choix car le facteur du prix ou de l'innovation n'est plus seul déterminant. Pour le cas de la construction du CAG il apparaît clairement que l'intérêt du résident et l'adaptation de la structure à sa situation ont été prépondérants. On regrettera toutefois une telle "*lourdeur*" à certaines étapes tandis que des éléments prépondérants tels que la rédaction d'un projet d'établissement préalable ne sont pas obligatoires mais seulement conseillés.

3.2 LA REFLEXION CONCERTEE DANS L'INTERET DU RESIDENT

Le directeur a une place centrale dans la conduite d'un tel projet. De son implication et de sa capacité à mobiliser les énergies dépendront bien souvent la réussite de l'opération ou tout au moins le fait d'y parvenir dans les meilleures conditions.

Toute la réflexion tourne autour de la question: "*Comment penser, du point de vue architectural, des lieux d'accueil respectant au mieux les droits et libertés des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et répondant à leurs besoins à tous les stades de la maladie?*"

3.2.1 Le management participatif à l'épreuve de la réalité

L'expérience montre en général qu'une démarche unilatérale menée par les décideurs ou les gestionnaires peut souvent mener à la répétition d'erreurs non ou mal diagnostiquées. L'expérience des personnels confrontés au quotidien à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et désorientées est encore trop peu souvent mise à profit. Il faut donc

prendre du recul par rapport à la pratique et envisager le vécu et l'expérience dans une perspective analytique et critique afin de servir le projet. Il faut mettre les professionnels, si ce n'est au centre du dispositif décisionnel, au moins en position d'en négocier ou d'en enrichir les alternatives. Il faut déjà tirer profit des expériences antérieures.

"L'absence du personnel dans cette étape en amont du projet architectural pourrait être particulièrement néfaste. En effet, la légitimation de leur présence dans l'établissement et leur adhésion à son projet va souvent de paire avec la participation dans cette période" comme l'écrit encore Stéphan COURTEIX.

Par ailleurs, les choix posés en matière d'aménagements et d'équipements peuvent longtemps grever le rapport du personnel par rapport à son lieu de travail. Cette distance volontaire pourra même déboucher sur un refus d'accepter la structure par la suite. Le climat de travail risque de se trouver très rapidement dégradé quant à l'implication de chacun, elle sera minime se cantonnant aux gestes essentiels de la vie quotidienne. Or une personne âgée qui plus est désorientée demande un investissement personnel, une attention constante afin de se sentir rassurée et de parvenir à communiquer a minima.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de faire une large place à la pluridisciplinarité dès lors que s'engage une réflexion sur un projet de construction. Chacun: maître d'ouvrage, personnel administratif, personnel soignant a sa place et devra contribuer à la réflexion de manière pertinente.

Le directeur doit donc convier les équipes à participer au débat, il doit leur laisser la possibilité de s'exprimer pour certains choix. Bien évidemment des règles de travail sont à mettre en place car ce genre de réunion peut très vite déboucher sur une cacophonie et donc ne rien donner qui soit exploitable. A ce propos, des dispositifs variés peuvent être adoptés faisant intervenir des enquêtes d'opinion, des groupes de travail par thème. Ultérieurement, un document qui sert de base pour la phase de programmation doit être rédigé.

Cette phase de programmation est le moment de choisir un mode d'organisation du travail, de répartition des tâches entre les personnes, un moment également de prise de conscience des responsabilités individuelles.

La mise en place d'un comité de pilotage est en conséquence indispensable. La taille de ce comité dépend bien évidemment de l'échelle du projet. Concrètement les Résidences MAREVA, après avoir évalué la réalité du besoin d'une structure pour des personnes démentes, se sont basées sur leur vécu pour identifier les caractéristiques des futurs

bâtiments. L'ensemble du personnel intéressé a été associé à la réflexion, chacun apportant ses idées et ses expériences. Il en est résulté une trame pour la structure, sorte de ligne conductrice: une ouverture sur l'extérieur et des conditions de sécurité suffisantes, puis l'énumération de locaux indispensables.

Si ce comité a fonctionné lors de la phase de rédaction du programme, il a ensuite été associé à la phase suivante : c'est à dire après le choix d'un projet architectural. Différentes réunions de travail ont été organisées avec l'architecte et le médecin, des membres des équipes administratives ainsi que du personnel soignant. J'ai eu beaucoup d'intérêt déjà à suivre ces réunions mois après mois et beaucoup de plaisir également à voir se concrétiser un bâtiment, à l'imaginer dans sa réalité quotidienne. Ces rencontres ont largement contribué à la création d'une véritable équipe, impliquée dans la réalisation et très réactive, elles ont indéniablement permis au projet d'avancer rapidement.

En effet si le projet retenu par le jury de concours respectait bien les données du programme et de l'avis général illustrait bien ce qui était recherché, des améliorations n'en restaient pas moins à être portées. Après 5 ou 6 réunions de travail, des modifications ont été apportées dès lors que les personnes se sont imaginées travaillant dans la structure. Les circuits ont été rationalisés, la disposition des locaux a été repensée en conséquence. Ces échanges se sont avérés fructueux. Ainsi l'emplacement des salles de soins dans chaque unité a été analysé, de même que les locaux de services dans chaque unité Alzheimer. D'autres modifications ont été apportées pour la dispersion dans l'établissement des locaux de vie et d'animation. Certaines erreurs ont pu être évitées notamment pour l'ouverture d'une unité Alzheimer jugée trop proche de l'entrée principale.

Ce travail de longue haleine a permis de parvenir au stade de l'Avant Projet Sommaire (APS) puis de l'Avant Projet Définitif (APD) avec une organisation repensée et rationalisée, il constitue très certainement un gain de temps pour le futur car il évitera lors de la construction, à proprement dite, de revenir sur des points négligés ou insuffisamment pensés. A ce stade de ma rédaction, et donc de l'Avant Projet Définitif on peut considérer que la disposition des locaux est quasi définitive.

Mais le travail de réflexion ne doit pas encore s'arrêter. En effet, l'aménagement des locaux est également une phase importante et là encore les équipes ont un rôle à tenir. Le comité de pilotage sera amené à se réunir pour décider de la couleur des murs, du sol... autant de points qui sont primordiaux dans la qualité de la prise en charge comme on a pu le voir précédemment. Préalablement et pour ne pas se perdre dans les détails, il est judicieux de distribuer aux personnels des fiches dites « *local par local* ». Ces fiches reprennent les

grands points des aménagements pour chaque catégorie de local et occasionnent un gain de temps lors des réunions de travail futures.

Le directeur est un point d'ancrage lors de toutes ces réunions. C'est lui qui impulse le projet mais pour susciter l'adhésion de tous, il est nécessaire de tenir compte des réflexions émises sinon le désintérêt se fait vite sentir. Le directeur doit donc être à l'écoute tout en conservant son libre arbitre à certaines périodes afin de formaliser les réflexions, de fixer les décisions notamment pour ne pas faire exploser les coûts de réalisation.

En conclusion ces efforts et ce temps consacré seront forcément payants car le personnel trouvera plus rapidement ses marques dans la structure et aura intégré préalablement l'esprit du projet d'établissement.

3.2.2 Le rôle fédérateur du Directeur

Le directeur, maître d'ouvrage, doit associer à ses projets différents intervenants extérieurs. En effet, plusieurs catégories de personnes sont directement concernées. On parlera d'abord des **familles des résidents**. Trop souvent elles sont encore exclues de la vie des établissements. Pourtant ces personnes ont un rôle à tenir. Les aidants naturels vivent généralement le placement de leur parent en institution comme un abandon. Par la suite il faut faire en sorte de les déculpabiliser et ensuite de leur redonner leur place s'ils le désirent car il est vrai que tous les aidants naturels n'émettent pas l'envie de participer à la prise en charge quotidienne de leur parent. Cependant ces personnes peuvent avoir leur mot à dire concernant l'organisation des chambres, des salles de bains ou encore concernant l'aménagement des lieux de vie. Il faut parallèlement faire en sorte d'attirer ces personnes dans la structure car même si les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer perdent à un moment leurs facultés de communication en ne reconnaissant plus leurs proches, le fait d'être visité peut engendrer un bien-être dans la mesure où elles ne se sentiront pas abandonnées. La structure devra donc être attirante, les visiteurs devront s'y sentir à l'aise et sentir que leur parent y est bien. Il n'y a rien de pire que de savoir son parent hébergé dans un lieu sans vie.

La localisation de l'établissement est également à étudier. Les familles peuvent donc apporter de multiples idées qui seront porteuses pour le futur. C'est au Directeur de veiller à ce que ces familles intéressées soient régulièrement informées de l'état d'avancement des travaux et que les personnes qui le souhaitent soient associées aux réflexions. Les Conseils

de Vie Sociale institués en établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes constituent une instance intéressante à ce propos car offrant l'opportunité d'un dialogue. La Direction des Résidences MAREVA, malgré l'absence de formalisation de cette information, a cependant veillé à entretenir régulièrement les familles en visite de l'avancement des travaux.

D'autres personnes sont également à associer à la réflexion, en particulier **les décideurs extérieurs**. Dans la perspective de construction d'un nouvel établissement, il est incontournable de s'appuyer sur la connaissance du réseau local car parmi les différents intervenants il sera judicieux de repérer ceux qui soutiendront le projet, y apporteront une contribution financière ou du temps. Il faut veiller à la meilleure représentativité possible des personnes. Il y a déjà les acteurs chargés de décider et de définir localement les politiques de soutien, d'accueil, de services et de logement auprès des personnes âgées. Cela concerne le Conseil Général, la DDASS, la DDE. Ensuite il y a les acteurs chargés de réguler ou d'autoriser tel ou tel projet suivant des normes affichées ou non, de donner un accord ou un avis obligatoire comme c'est le cas de la CRAM par exemple.

Il y a encore les acteurs responsables de la prise en charge et du coût des services et donc de la solvabilisation des résidents tels que la CRAM ou le Conseil Général. Enfin, les acteurs sont susceptibles de participer au financement de l'opération (caisses de retraite, collectivités territoriales, DDISS...).

Mais les mécanismes du partenariat sont relativement complexes à maîtriser. Il faudra pouvoir s'adapter au contexte local. En général on peut constater que la mobilisation est moindre en amont du projet architectural, cela peut-être dû au fait qu'il est difficile de se prononcer sur une structure qui n'a encore aucune formalisation, qui n'est encore qu'une idée plus ou moins floue. A ce stade le directeur doit être relativement à l'écoute de la perception du projet, c'est un peu lui qui doit se charger de le faire vivre en attendant que l'architecte lui donne une image plus concrète.

L'intérêt que la structure suscitera dépendra aussi du besoin ressenti. Si la zone géographique considérée est bien pourvue en équipements médico-sociaux l'intérêt pour le projet sera forcément moindre que si la commune est véritablement en souffrance sur ce domaine. Il faut que le projet corresponde à une attente avérée pour que l'adhésion soit générale. Dans un autre cadre, il faudra que le projet soit novateur comme cela veut être le cas de Parc er Vor avec l'aménagement d'un jardin à vocation thérapeutique. L'avantage de ce projet est finalement que le bassin de vie de VANNES soit véritablement demandeur

d'une structure d'accueil pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette situation a sans doute favorisé l'adhésion rapide de tous les partenaires locaux. Toutefois, le Directeur a veillé à entretenir régulièrement ces intervenants de l'avancement du projet.

Mais il ne faut pas oublier un dernier maillon d'intervenants: **les professionnels du bâtiment, l'architecte et son équipe**. En effet trop souvent ces personnes ne sont consultées qu'à la fin de la rédaction du programme. L'avantage pour les Résidences MAREVA a constitué en l'implication tout au long des étapes du conducteur d'opération. Cela a permis de guider le maître d'ouvrage, de le conseiller dans un domaine qui est relativement complexe et souvent mal maîtrisé du fait d'un manque de pratique au quotidien.

Des bonnes relations du maître d'ouvrage avec les intervenants extérieurs découlera donc l'avancée plus ou moins rapide du projet.

On peut schématiser de la manière suivante les grandes étapes du projet ³⁴:

³⁴ Schéma tiré de l'ouvrage « le moniteur des travaux publics et du bâtiment. Personnes âgées et habitat ». Editions du Moniteur. 1990

AXE DU PROJET D'ETABLISSEMENT	AXE DU PROJET ARCHITECTURAL	AXE DU PROJET ECONOMIQUE ET FINANCIER
Prise de contacts	Rencontres des partenaires	Analyse des besoins-Diagnostic
AVANT PROJET D'ETABLISSEMENT -Statut et mode de vie des habitants -Services nécessaires -Mode de gestion	GRANDES INTENTIONS -population ciblée -secteur géographique -grands principes éthiques -échelle et nature du projet	INTENTIONS ARCHITECTURALES -Intentions liées à l'avant projet d'établissement -Localisation -Capacités
PROJET D'ETABLISSEMENT -Précisions validation - -Modalités précises de service et d'accueil -Personnel	PROGRAMME ET AVANT PROJET Exigences spatiales détaillées -Contraintes techs et urbanistiques -Mise au point de l'avant projet	CADRAGE ECONOMIQUE ET FINANCIER -Coût maxi pour les usagers -Coût objectif -Financeurs
PROJET DE VIE	PROJET DEFINITIF	FAISABILITE ECO ET FINANCIERE
Traduction du projet d'établissement dans l'organisation de la vie quotidienne	-APD -DCE	ESTIMATION FINE DU PROJET PLAN DE FINANCEMENT COMPTE PREVISIONNEL D'EXPLOITATION

3.3 L'INTEGRATION DE LA CONTRAINTE FINANCIERE DANS LE PROJET ARCHITECTURAL

3.3.1 La contrainte du prix de journée pour le résident

L'aspect financier doit enfin être intégré dans la perspective d'une analyse éthique du projet architectural. En effet, il est nécessaire de préciser que dans un maison de retraite autonome comme c'est le cas des Résidences MAREVA, le résident est tenu de s'acquitter d'un prix journalier au titre de l'hébergement. Ce montant est ainsi destiné à financer les dépenses relatives à la mise à disposition d'une chambre, à son entretien, aux repas mais également aux frais financiers de l'établissement...dans l'esprit de la réforme de la tarification. Inévitablement toute nouvelle construction pèse sur ce prix de journée dès lors qu'un recours à l'emprunt est décidé, que des aménagements divers sont effectués. Il y a un équilibre à trouver afin que le projet architectural n'occasionne pas une progression trop importante de ce prix de journée.

Cependant la contrainte financière ne doit pas provoquer des choix trop sévères dans le sens d'une diminution importante des surfaces, une suppression de salle d'activité, des moyens sécuritaires plus limités. Dès le début de l'opération il est indispensable de cerner le coût prévisionnel de la construction et les conséquences de toute nouvelle option choisie pour qu'à la phase opérationnelle il ne soit pas décidé à la « *va vite* » de supprimer des éléments, ce qui dénaturerait le projet.

La réalisation du CAG de Parc er Vor provoquera inévitablement une montée en charge du tarif hébergement toutefois cette augmentation ne devrait pas être trop importante selon des projections réalisées. Cependant la Direction a intégré le fait qu'un tarif plus élevé devrait être appliqué aux personnes hébergées dans les unités spécialisées dans la mesure où les moyens matériels et humains à disposition devraient être plus conséquents.

L'autre élément qui plaide en la faveur d'une attention constante aux conséquences des choix architecturaux sur le prix de journée d'hébergement est le risque de construire une structure coûteuse, au-delà des possibilités financières de l'établissement et provoquant donc une montée exponentielle du prix de journée : faute de pouvoir acquitter un tarif dissuasif, certains résidents préféreront (ou bien leur famille) s'orienter vers d'autres choix d'hébergement ou même différer l'entrée en institution malgré une urgence. A terme c'est la

survie de la structure qui est remise en question faute de pouvoir remplir les places disponibles. Il faut comprendre que malgré le recours possible à l'aide sociale, cette éventualité est en général repoussée notamment en raison du recours sur succession.

3.3.2 Le montage d'un plan financier pertinent: le rôle du Directeur pour susciter l'intérêt de partenaires

Le Directeur d'une structure engagée dans un projet de construction doit veiller à limiter au maximum le surcoût occasionné par les travaux et pesant sur le résident notamment du fait des emprunts contractés pour financer l'opération.

L'idéal serait bien sûr d'éviter tout recours à l'emprunt, notamment en période de taux d'intérêt élevés : cependant la réalité est toute autre : aucun établissement ne possède des capacités d'autofinancement suffisantes et d'ailleurs cela ne serait pas dans son intérêt. Le Directeur a toutefois un éventail d'alternatives qui s'offrent à lui afin de limiter les charges financières qui pèseront sur l'établissement.

- ✓ **Entrer dans le cadre de dispositions de financement particulières** telles que le bénéfice d'un contrat de plan Etat/Région. Cette possibilité de financement par l'Etat est offerte aux établissements sanitaires et donc aux hôpitaux locaux mais pas aux établissements du secteur médico-social. Cependant les résidences MAREVA ont pu en bénéficier dans la mesure où elles sont nées de l'autonomisation de la section d'hospice du Centre Hospitalier de VANNES.
- ✓ **Mettre en œuvre des alternatives d'hébergement répondant à des orientations financées au plan national.** Ainsi la récente circulaire du 16 avril 2002 prévoit des possibilités de financement par l'assurance maladie pour la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. 3 places d'hébergement temporaire et 1 place d'accueil de jour sont pour le moment prévues au CAG de Parc er Vor, ce qui devrait occasionner l'octroi de fonds de la part de l'Etat.
- ✓ Autre possibilité : **bénéficiaire de prêts à taux zéro.** Certes l'établissement devra à terme rembourser les sommes prêtées mais la charge financière

du fait des intérêts est nulle. Ces prêts sont notamment octroyés par la CRAM.

- ✓ **Bénéficiaire de subventions** (de la part du département par exemple). Dans le MORBIHAN, ces subventions se font sur la base d'un coût par place de 45 734 € avec une aide portant sur 30 % par place soit ici 15 245 €. Les Résidences MAREVA devraient pouvoir compter dès lors sur environ 1 234 837 €. Toutefois malgré l'intérêt que présente cette possibilité de financement il apparaît que l'aide demeure indexée sur un coût de revient par place largement inférieur à la réalité. Il faut intégrer le fait que depuis trois ans les prix dans le secteur du bâtiment ont largement augmenté. En réalité le coût de revient par place au CAG de Parc er Vor est estimé 83 847 €. Cependant cette possibilité de financement ne sera pas possible dans la mesure où le CAG bénéficie déjà d'un financement par contrat de plan Etat/Région et que le cumul des deux aides est impossible.
- ✓ **Solliciter le concours des différentes caisses de retraite**. En effet chaque caisse dispose d'un budget consacré à l'action sociale en faveur des assurés. Dès lors que le projet de construction entre dans le cadre des orientations que chaque caisse s'est fixée, il est possible d'obtenir des aides financières. Cependant l'octroi de ces aides reste souvent conditionné par la réservation d'un certain nombre de places d'hébergement destinées aux ressortissants des caisses. Dans cette perspective il est évident que l'établissement peut perdre une certaine autonomie dans le choix de ses résidents.
- ✓ **Solliciter des intervenants extérieurs** tels que des associations concernées par la maladie d'Alzheimer. L'association France Alzheimer reste un bon exemple de même que la Fondation Médéric. Enfin, l'établissement peut solliciter le concours de laboratoires pharmaceutiques, de mécènes divers et variés.

Il apparaît que le Directeur va devoir multiplier ses contacts avec des interlocuteurs et financeurs potentiels. Ce travail est particulièrement long et fastidieux : sa réussite sera conditionnée par l'engouement du Directeur pour vendre son projet.

Par ailleurs, il faut intégrer le fait que le projet devra s'insérer dans les dispositifs aidés par ces financeurs potentiels. Il faudra susciter sinon leur curiosité, du moins leur démontrer l'intérêt certain de la future structure.

Seul un réel engagement dans le projet permet de monter un plan de financement pertinent et de limiter le recours à l'emprunt pour les sommes manquantes.

La réflexion relative à la construction du CAG de Parc er Vor a débuté dès 1998 mais la structure ne devrait être achevée qu'en 2004. Au fil des six années, le projet porté tant par le Directeur que par les équipes soignantes a beaucoup mûri. Le management participatif a constitué la principale méthode de travail et ce choix s'est avéré pertinent. Au fil des réunions de travail investies par quelques personnes puis par un nombre plus important, de grands axes ont été développés et retranscrits en termes architecturaux.

Toutefois, il est indispensable de préciser le rôle fondamental du Directeur dans un tel projet : c'est à lui de le faire vivre du début à la fin, de susciter l'adhésion de tous les intervenants lors des périodes d'essoufflement. Le Directeur demeure le décideur en dernier ressort et il est primordial qu'il investisse cette responsabilité afin d'arrêter le moment venu les choix architecturaux et d'aménagement. Il ne faut pas négliger les sommes importantes qui sont en jeu dans un tel projet ni les conséquences des dérapages pour la gestion future.

CONCLUSION

Traditionnellement assimilée au Grand Age, la maladie d'Alzheimer suscite aujourd'hui un intérêt croissant du fait de l'ampleur qu'elle aurait tendance à prendre. Ainsi on constate que près de 50 % des personnes âgées vivant en institution souffrent de pathologies démentielles. Maladie engendrant des déficiences graves, multiples, progressives et irrémédiables, la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés suppose une prise en charge spécifique qui ne peut se faire, dans des conditions satisfaisantes, dans une structure traditionnelle pour personnes âgées comme c'est souvent le cas à un stade avancé de la maladie.

Les expériences menées depuis quelques années ont permis de dégager certaines constantes architecturales qui viennent caractériser ces unités de vie : petite taille, présence d'un espace de déambulation, pièces claires, gaies, agréables à vivre, accès contrôlés. On retrouve ici une dimension familiale de l'environnement à ceci près que les conditions de sécurité sont renforcées.

En fait trop souvent on a eu tendance à hospitaliser ces personnes c'est à dire à leur fournir un cadre de vie purement hospitalier avec toute la connotation attachée. Le but de ces nouvelles structures est donc de rompre avec la monotonie et l'anonymat et de recréer des espaces de vie véritablement. On ne parle plus dès lors d'unité de soins mais bien d'unité de vie. Bien entendu cela ne signifie pas pour autant que l'aspect soins soit négligé car comme on a pu le voir la maladie d'Alzheimer requiert des soins particuliers que seul du personnel formé s'avère apte à prodiguer.

Il existe donc bien une certaine éthique pour tout projet architectural. La démarche exposée dans ce travail est transposable à tout projet de construction dans le secteur public déjà et plus généralement dans le secteur privé à ceci près que les contraintes inhérentes aux marchés publics disparaissent. Cette considération éthique passe tout d'abord par la définition du type de population à qui se destine l'établissement et les besoins qui émergent et que l'on cherche à satisfaire. La rédaction du projet de vie ou du projet de l'établissement

ne pourra se faire qu'à l'issue de cet éclaircissement. Le personnel soignant a, dans notre cas, un rôle clef à tenir car il partage le quotidien des patients.

C'est ce document qui conditionne la suite des opérations car l'architecte sera à même de cerner précisément la demande du maître d'ouvrage. Faute de cette réflexion préalable, il y a de grandes chances pour que l'architecte conçoive une structure certes plaisante à travailler ou d'un esthétisme agréable mais ne correspondant en aucun point aux besoins mis en évidence.

Cette analyse de l'éthique du projet architectural aurait pu se placer du point de vue du personnel et de ses conditions de travail. C'est volontairement que le choix de ne s'intéresser qu'aux résidents a été fait. Ce parti pris limite inévitablement la portée de la réflexion car malgré des points communs indéniables, les besoins ressentis par le personnel s'avèrent différents de ceux des résidents. Une étude similaire à la présente pourrait donc être menée.

Pour résumer ce travail, je retiendrais trois idées qui me semblent importantes à assimiler pour tout directeur d'établissement s'engageant dans un projet de construction:

-Toujours conserver à l'esprit le public à qui se destine la nouvelle construction et ne pas négliger la rédaction préalable du projet de l'établissement.

-Faire une large place au management participatif tout au long de l'avancée du projet.

-Conserver son libre arbitre aux moments décisifs c'est à dire lorsque des choix s'avèrent indispensables.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BRAMI. G « *Droits et libertés des personnes âgées hébergées* ». Berger-Levrault. Paris. 1995

CHALINE. B « *Les unités d'accueil spécialisées Alzheimer* ». Editions Serdi. 2001

DEHAN. P « *L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux établissements spécialisés* ». Editions du Moniteur. Paris. 1997

FONDATION DE FRANCE « *Pour les accompagner jusqu'au bout du chemin. Accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes* ». Editions ENSP. 2001

« *Le moniteur des travaux publics et du bâtiment. Personnes âgées et habitat* ». Editions du Moniteur. 1992

MAISONDIEU.J « *Le crépuscule de la raison :comprendre pour les soigner les personnes âgées dépendantes* ». Bayard. 1989

POUTS-LAJUS.S « *Les bâtiments de la vie. L'intelligence du bâtiment au service de la santé* ». Galileo. Grande collection technique. 1991

VERCAUTEREN.R- PEDRAZZI.M « *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées* ». ERES. 2000

VERCAUTEREN.R- PEDRAZZI.M- LORIAUX.M. « *Pour une identité de la personne âgée en établissement* ». ERES. Pratiques gériatriques. 2001

VERCAUTEREN.R- PEDRAZZI.M- LORIAUX.M « *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées* ». ERES. Pratiques gériatriques. 2001

« *Marchés publics* ». Editions WEKA. 2002

MEMOIRES

BANNETEL. C « *Une prise en charge spécifique pour les personnes âgées démentes à l'Hôpital de CARENTOIR. Principes et moyens d'évolution* ». ENSP 2001

DENIS. B « *Analyse de l'architecture et du fonctionnement des unités spécifiques de l'accueil des déments séniles. A propos de trente établissements en France* ». Thèse pour le Doctorat en Médecine. 1991

MABECQUE. MC « *La dépendance psychique des personnes âgées hébergées en institution* ». ENSP. 1999

MARTY. S « *Création d'une structure d'accueil pour personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer* ». ENSP. 1990

MASSON-GALLEAN. A « *Penser l'architecture en long-séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins. Le cas de la restructuration du service de long-séjour de l'Hôpital Local de LODEVE* ». ENSP. 2001

SIMON. E « *L'adaptation architecturale des maisons de retraite à la prise en charge des personnes démentes : l'exemple de la Maison de Retraite de SAINT OUEN* ». ENSP. 2000

ARTICLES

AGID. Y- ALPEROVITCH. A- PIETTE. F- DRERA.H « *La maladie d'Alzheimer : enjeu médical et social* ». Recherche et santé. Janvier 2001. N°89. pages 9-19.

ANDRIEU. S- ROLLANT.Y- NOURHASHEMI.F- VELLAS.B « *Les unités de soins Alzheimer* ». Le Concours médical. Mai 2001. Pages 1384-1388.

COURTEIX.S « *Architecture et santé mentale* ». Revue hospitalière de France. N°6. Novembre/Décembre 1999. Pages 36-52.

FAGNANI. F- EVERHARD. F- BUTEAU. L- DETOURNAY.B- SOURGEN.C- DARTIGUES.JF « *Coût et retentissement de la maladie d'Alzheimer en France : une extrapolation des données de l'étude PAQUID* ». La revue de gériatrie. Tome 24 , n°3. Mars 1999. Pages 205-211.

GIRARD. JF- GAUDRON. P- VETEL. JM « *Dossier Alzheimer : un problème de santé publique...une attention au quotidien.* » Perspectives sanitaires et sociales. Décembre 2001. Pages 11-28.

KOSTEK. V- SCHREILINCKX.K- SASTRE. N- NOURHASHEMI. F- VELLAS. B « *Les unités spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. objectifs et résultats* ». La revue de gériatrie. Février 2002. Pages 87-94.

KUNTZMANN.F –HEITZ.D « *Itinéraires du malade âgé* ». L'année gérontologique. 1999. Pages 47-62.

LAVAL.R « *L'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer et troubles apparentés* ». Techniques hospitalières. N°649. Septembre 2000. Pages 37-39.

MOULIAS. R- OLLIVET. O- KUNTZMANN. F- JEANDEL. C « *Commentaires sur les propositions du «Rapport GIRARD» sur la maladie d'Alzheimer* » Gériatologie. 2001. Pages 27-31.

NOURHASHEMI.F- KOSTEK.V- MIAS.L- VELLAS.B- SCHREILINCKX.K « *Unités de soins spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer* ».La revue de gériatrie. Mai 2001. Pages 409-412.

PANCRAZI.MP « *Diagnostic des troubles psycho-comportementaux de la maladie d'Alzheimer* ». Réseau démence. Revue n°2. Décembre 2001.

SPINOSI.L « *Guide et recommandations autour de la maladie d'Alzheimer pour une meilleure prise en charge des résidents en établissement médico-social* ». Contact santé. Mai 2001. Pages 16-17.

VELLAS.PM « *Principes fondateurs de l'aménagement architectural d'unités Alzheimer* ». Alzheimer. Revue des unités spécialisées. Avril 1999. Pages 17-18.

VETEL.JM- MIAS.L- VELLAS.PM- DEFOS DU RAU.V « *Architecture et services gériatriques* ». L'année gérontologique. Vol 8. 1994

VERCUTEREN.R « *Un environnement sur mesure pour Alzheimers* ». Décideurs. N°33 .
Août/Septembre 2000. Pages 23-29.

ETUDES et RAPPORTS

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. Secrétariat d'état aux personnes âgées. « *Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées* ». Dossier de presse. Octobre 2001.

GIRARD.JF- CANESTRI.A « *La maladie d'Alzheimer* ». Septembre 2000.

CONFERENCES

MALO.PY « *Du mouvement dans l'échange* ». Compte rendu de la journée gériatre ANFH du 19 avril 2001.

PLAYE.A Architecte DPLG. « *Oasis ou forteresse ? Quelle architecture au service des personnes désorientées.* » 19 avril 2001.

SITES INTERNET

<http://france.alzheimer.com>

<http://maladie.alzheimer.com>

<http://alzheimer.ca>

<http://sante.gouv.fr>

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Mini Mental State Examination de FOLSTEIN

ANNEXE 2 Evolution supposée des lésions dans la maladie d'Alzheimer

ANNEXE 3 La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

ANNEXE 4 Plans du futur Centre d'Accueil Gériatrique de Parc er Vor

ANNEXE 5 Plan d'une chambre type

ANNEXE 1



Mini Mental State Examination de FOLSTEIN

Mini Mental State Examination

Nom du patient :

Évalué par :

Date :

Cotation : 0 ou 1 dans le...

I-ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

* Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

- Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1- En quelle année sommes-nous ?

2- En quelle saison ?

3- En quel mois ?

4- Quel jour du mois ?

5- Quel jour de la semaine ?

- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

6- Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?

7- Dans quelle ville se trouve-t-il ?

8- Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?

9- Dans quelle province ou région est située ce département ?

10- A quel étage sommes-nous ici ?

II-APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11-Cigare ou Citron ou Fauteuil

12-Fleur ou Clé ou Tulipe.

13-Porte ou Ballon ou Canard.

Répétez les 3 mots.

III ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois.

14 → 93

15 → 86

16 → 79

17 → 72

18 → 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot **MONDE** à l'envers ?

IV RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19-Cigare ou Citron ou Fauteuil

20-Fleur ou Clé ou Tulipe.

21-Porte ou Ballon ou Canard.

V LANGAGE

Montrer un crayon.

22- quel est le nom de cet objet ?

Monter votre monter.

23-Quel est le nom de cet objet ?

24 Ecoutez bien et répétez après moi : « Pas de mais, de si, ni de et »

Poser une feuille de papier sur le bureau , la monter au sujet en disant :
« Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire ».

25-Prenez cette feuille de papier avec la main droite.

26-Pliez la en deux.

27-Jetez la par terre.

Tendez au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :
« FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28-Faites ce qui est écrit.

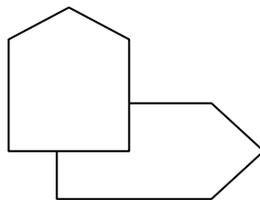
Tendez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29- Voulez-vous m'écrire une phrase , ce que vous voulez mais une phrase entière.

VI PRAXIES CONSTRUCTIVES

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30-Voulez-vous me recopier ce dessin ?



SCORE TOTAL (0à30).

ANNEXE 2

Evolution supposée des lésions dans la maladie
d'Alzheimer

Evolution supposée des lésions dans la maladie d'Alzheimer

Fondation pour la recherche médicale. Numéro 89. 1^{er} trimestre. Janvier 2002

1 Dépôt diffus de peptide bêta-amyloïde. Dépôt focal de peptide bêta-amyloïde. Synapse. Neurone sain. Neurotubules organisés. Protéine tau normale.

2 Formation de la plaque sénile.

3 Prolongements nerveux contenant de la protéine tau anormale.

4 Dégénérescence neurofibrillaire. Neurotubules désorganisés. Protéine tau anormale normale et sénescents.

Evolution supposée des lésions dans la maladie d'Alzheimer

Des observations cliniques et pathologiques permettent de reconstituer par corrélation la progression des lésions dans le cortex cérébral de patients atteints de la maladie d'Alzheimer à différents stades. Ces lésions sont de deux types : il s'agit des plaques séniles et des dégénérescences neurofibrillaires. Elles entraînent la mort des neurones et la destruction de leurs connexions, les synapses.

1 Chez les personnes les moins touchées, on observe des dépôts diffus et focaux de peptide bêta-amyloïde. Ce peptide est issu du clivage d'une protéine normalement présente dans la membrane des neurones appelée APP (amyloid precursor protein).

2 Pour une raison inconnue, ce peptide bêta-amyloïde s'accumule dans le cerveau. A un stade ultime, il précipite pour former le cœur de la plaque sénile. Des prolongements nerveux viennent au contact de ce cœur mais leur ossature, constituée par un réseau de neurotubules, dont l'un des éléments est la protéine tau, reste normale.

3 A un stade plus avancé, certains prolongements nerveux présents au niveau de la plaque sénile se chargent en protéine tau anormalement phosphorylée. Elle est alors tassée et devient sénescents.

4 La désorganisation interne due à la protéine tau anormale gagne le corps cellulaire du neurone et conduit à l'apparition de dégénérescences neurofibrillaires, autres lésions caractéristiques de la maladie d'Alzheimer.

ANNEXE 3

La Charte des Droits et libertés de la Personne
Agée Dépendante

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNES AGEE DEPENDANTE

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

ARTICLE 1-CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

ARTICLE 2-DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

ARTICLE 3-UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personnes âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

ARTICLE 4-PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

ARTICLE 5-PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

ARTICLE 6-VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver ses activités.

ARTICLE 7-LIBERTE DE CONSCIENCE ET PARTIQUES RELIGIEUSES

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

ARTICLE 8-PESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

ARTICLE 9-DROITS AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

ARTICLE 10-QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés en nombre suffisant.

ARTICLE 11-RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

ARTICLE 12-LA RECHERCHE :UNE PRIORITE ET UN DEVOIR.

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

ARTICLE 13-EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

ARTICLE-14-L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

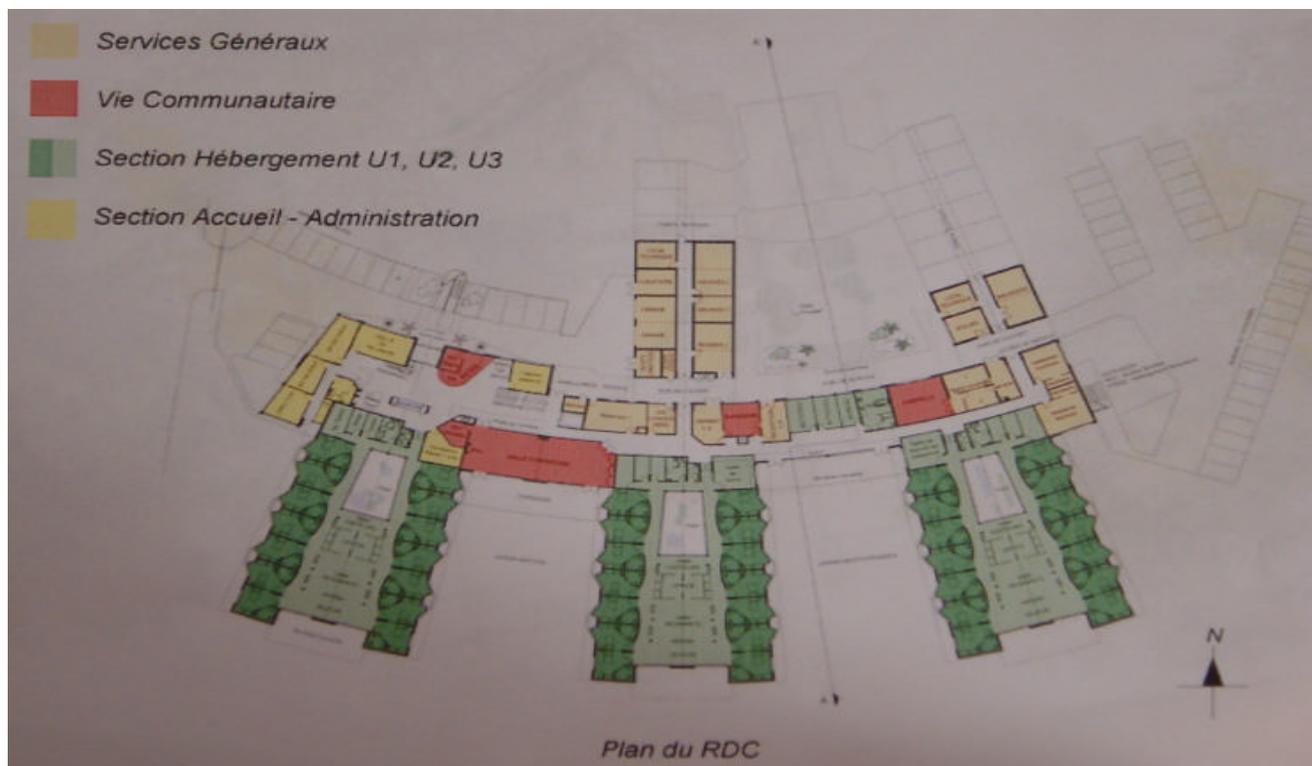
L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

ANNEXE 4

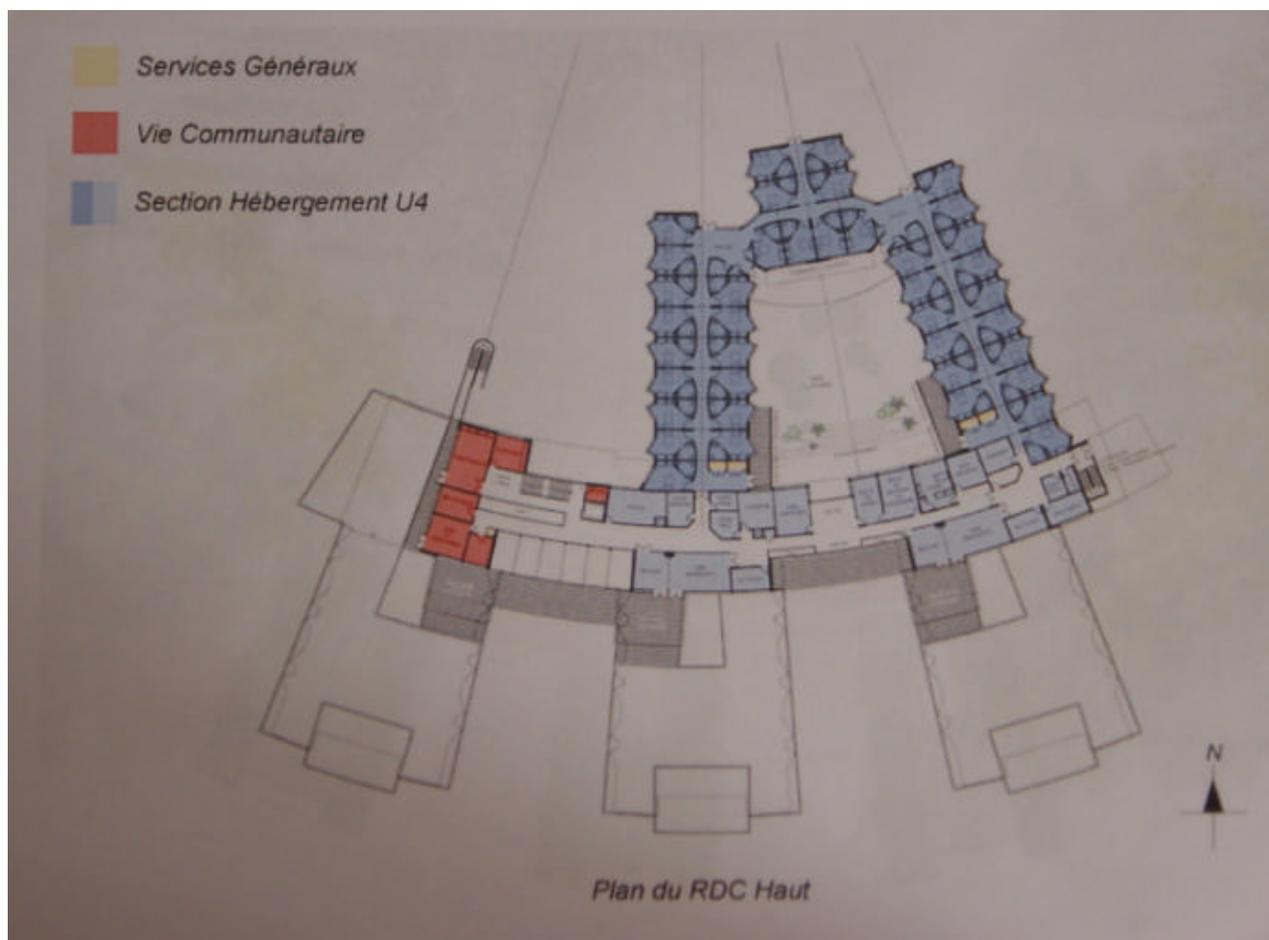
Plans du futur Centre d'Accueil Gériatrique de
Parc er Vor



Perspective générale



Plans du rez de chaussée

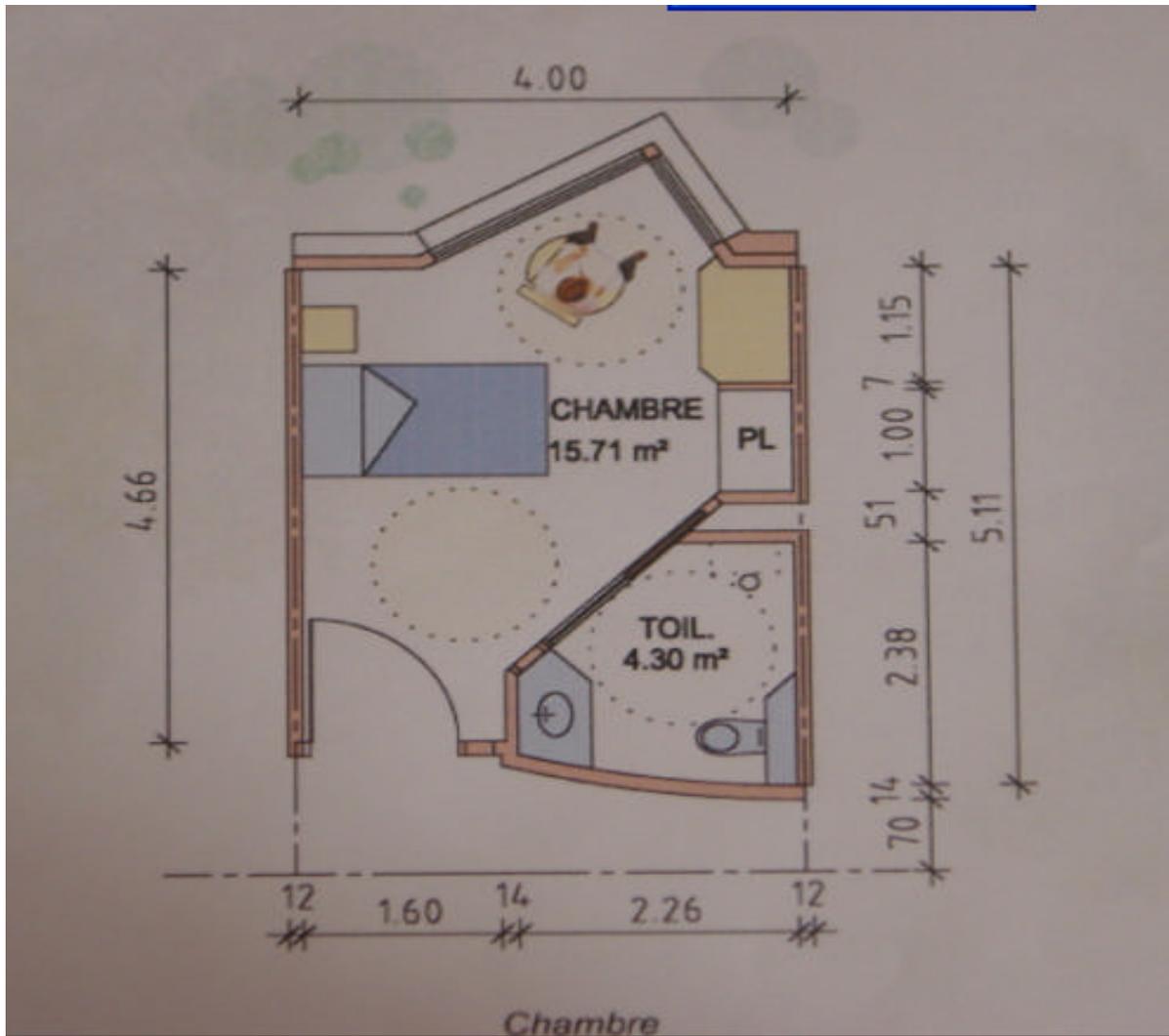


Plans du rez de chaussée haut

ANNEXE 5



Plans d'une chambre type



Plan type d'une chambre