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

Date du jury : Décembre 2001

Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins

Le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève

Aurélie MASSON - GALLEAN

Je tiens à remercier :

M. Beerens, Directeur de l'hôpital de
Lodève qui m'a permis d'effectuer mon
stage long dans son établissement et qui
est à l'origine de ce travail ;

Mme Weber surveillante du service de long
séjour à l'hôpital de Lodève ;

Le personnel du service de long séjour
pour sa collaboration et sa motivation ;

MM. Thibault et Quesnel, architectes,
pour leur collaboration ;

M. André pour ses conseils.

Liste des sigles

A.G.G.I.R	Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
A.N.G.E.L.I.Q.U.E.	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
A.P.A.	Aide Personnalisée à l'Autonomie
A.P.-H.P	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
C.R.A.M.	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
D.D.A.S.S	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
G.A.L.A.A.D.	Gérontologie : Approche logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
G.I.R.	Groupe Iso Ressource
G.M.P.	GIR Moyen Pondéré
H.I.D	Handicap Incapacité Dépendance
I.N.S.E.E.	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
M.A.R.T.H.E	Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des personnes âgées
P.S.D.	Prestation Spécifique Dépendance

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Partie I. Des hommes et des murs.....	6
Chapitre 1.01 Bien plus que des lieux de soins, des lieux de vie	8
A Evolution architecturale de l'accueil au cours des siècles	8
B Evolution du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève d'un point de vue architectural et présentation du contexte	10
C Long séjour : deux vocations parallèles, héberger et soigner	11
D La nécessité de mettre en adéquation les lieux et les personnes : concept de territoire humain et d'espace personnel	13
Chapitre 1.02 Quelle population en service de long séjour ?	17
A Rappel de démographie et évaluation de la dépendance	17
B La population accueillie à l'hôpital de Lodève en service de long séjour.....	19
Chapitre 1.03 Des lieux de vie mais aussi des lieux de travail.....	21
A Philosophie des soins en service de long séjour et ses conséquences sur l'architecture	22
B Des lieux de vie mais aussi des lieux de travail.....	24
Conclusion de la partie I	27
Partie II. Impulser un changement.....	28
Chapitre 2.01 Les enjeux pour le directeur et méthode de travail.....	30
A Communiquer : mettre en commun nos valeurs	30
B Sans reconnaissance pas d'implication	32
C Méthode de travail : impliquer tous les usagers	34
Chapitre 2.02 Etat des lieux.....	36
A Observation objective des lieux.....	36
B Résultat de la consultation des personnels	38
C Résultat de la consultation des résidents et des familles	41
D Résultats et analyse de la méthode de travail.....	44
Conclusion de la partie II.....	46

Partie III. Pour des murs plus humains	47
Chapitre 3.01 Disposer les entités fonctionnelles pour harmoniser lieux de vie et lieux de soins	49
A L'intimité : la chambre.....	51
B La convivialité : lieux de vie et lieux de soins	53
C Le spectacle de la vie : le pôle de service.....	55
Chapitre 3.02 Percevoir les lieux de façon positive	57
A La vue	57
B L'ouïe.....	59
C Le touché.....	61
D L'odorat	62
Chapitre 3.03 Pour la réalisation du projet	64
A Faisabilité opérationnelle.....	64
B Mise en œuvre	65
C Combien ça coûte ?.....	66
Conclusion de la partie III	69
Conclusion.....	70
Bibliographie.....	73
Liste des annexes.....	76

INTRODUCTION

« L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée des personnes âgées dépendantes. L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité et favoriser orientation et déplacements dans les meilleures conditions de sécurité »

Art. 2, Charte des droits et libertés
des personnes âgées dépendantes en institution.

On constate aujourd'hui un certain décalage entre la façon dont on se plaît à imaginer ses derniers jours et les solutions proposées par la société, surtout lorsque la dépendance est là. Avec l'augmentation de la durée de vie, l'institution est un recours de plus en plus fréquent. Rester à domicile jusqu'au dernier souffle en se faisant aider par des services adaptés, voilà bien le désir de chacun d'entre nous. Le handicap impose bien souvent l'entrée en institution, en service de long séjour. Ces unités de soins ont mauvaise réputation, ils sont stigmatisés comme mouiroirs, sont synonymes de collectivisation forcée, d'anonymat...

Certes l'accueil a évolué au cours de ce dernier siècle : du dortoir de 40 lits nous sommes passés aux chambres à deux ou trois lits pour en venir aux chambres individuelles.

Ce changement est sans nul doute lié à la prise de conscience que le «vieillard» même fortement handicapé reste un homme et qu'à ce titre il a des droits bien souvent bafoués. Malgré cette évolution nous ne pouvons que constater l'aspect très sanitaire de l'architecture des services de long séjour alors que parallèlement la pensée architecturale en maison de retraite est tournée vers l'idée de domicile.

« *Nous façonnons nos environnements et à leur tour ils nous façonnent* » (W. Churchill). Fort de ce constat, le directeur, peut regarder l'architecture comme un moyen de changer les comportements et les mentalités. Le cadre architectural est important pour garder le potentiel de vie des personnes âgées, il est nécessaire qu'il soit adapté aux soins apportés et donc aux soignants. Les unités de soins de longue durée accueillent en leur sein deux types d'usagers : les résidents et le personnel. Les murs doivent être en harmonie avec ces deux populations et donc être à la fois un outil du projet de vie et du projet de soins.

Les services de long séjour sont les témoins de la fracture entre sanitaire et social marquant leur difficile coordination. L'architecture inadaptée de ces services est la conséquence de leur classification dans le versant sanitaire. Ainsi peut-on se demander si le grand âge est bien un problème hospitalier ?¹ Héberger relève avant tout du domaine social, or il s'agit bien d'hébergement quand on se rend compte que la durée moyenne de séjour est de 3 an et demi.

De plus en plus, il faudra mêler l'approche sanitaire et l'approche sociale dans la prise en charge des personnes âgées. Dans vingt ans le nombre de personnes de plus de 80 ans aura doublé et même si, grâce au maintien à domicile, le nombre de personnes en établissements n'évoluera pas avec la même force, il faudra s'attendre à une réelle

¹ Gille A., « L'architecture du grand âge », *Techniques hospitalières*, N°517, octobre 1988, p 33.

augmentation. L'état de santé va surtout être à prendre en charge, en effet il existe une rupture en matière de handicap après 80 ans. Alors que parmi les personnes de 80 ans, 5% seulement sont dites dépendantes, à 85 ans il y en a 18% pour arriver à plus de 40% au-delà de 90 ans. La lourdeur des dépendances marque le passage en institution. Il faudra s'intéresser aux besoins de ces nouveaux résidents pour lesquels l'altération des fonctions cognitives est importante.

Les établissements vont avoir à faire face de plus en plus à des résidents « dépendants » ou plutôt « handicapés »².

Les questions à l'origine de ce travail sont :

- ⇒ Pourquoi un service de long séjour conçu en 1975 sur un type hospitalier, ne permet-il plus une prise en charge correcte des personnes âgées dépendantes (physiquement et psychologiquement) ?
- ⇒ Pourquoi l'architecture d'un service de long séjour a une place primordiale dans la prise en charge, dans la qualité de vie et de soins ?
- ⇒ Pourquoi le rôle du directeur est essentiel dans l'évolution architecturale de ce service ?

Nous pensons qu'il est nécessaire de comprendre l'architecture intérieure d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes comme un environnement psychosocial et organisationnel déterminant dans les qualités de vie et de prise en charge des personnes âgées dépendantes, et de comprendre la restructuration architecturale d'un service comme un outil porteur du management du directeur.

Les hypothèses formulées au début de l'élaboration de ce travail sont les suivantes :

1. la qualité de vie et de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont liées à l'architecture intérieure de l'établissement les accueillant,
2. l'architecture doit faire partie d'un projet global de prise en charge et donc être un des maillons du projet de vie,
3. la réflexion sur l'architecture de ce service est un moyen pour le directeur de faire évoluer les pratiques et de remobiliser un personnel souvent démotivé dans son travail,

² Le terme de dépendance est spécifique à la France alors que les autres pays utilisent la notion de handicap à tous les âges de la vie.

4. l'implication des différents usagers dans le projet de restructuration d'un service de long séjour est indispensable et permet la mise en adéquation des besoins et des réponses architecturales à ces besoins.

Ce travail repose sur l'exemple concret de la mise en place du projet de restructuration du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève. Cette structure située à 50 kilomètres de Montpellier est dotée d'un service de médecine (22 lits), de 18 lits de moyen séjour, d'une maison de retraite de 68 lits, de 40 places de service de soins infirmiers à domicile et d'un service de long séjour de 100 lits (dont 4 sont installés dans les locaux de la maison de retraite). L'établissement assure un rôle d'hôpital de proximité avec une orientation gériatrique importante. Un projet d'établissement approuvé existe et il contient un projet de vie pour le service de long séjour.

Elaborer un projet de restructuration nécessite une phase de réflexion comprenant un état des lieux, suivi de l'expression des besoins auxquels devra répondre le projet architectural. Le projet n'en est qu'à son début, à la phase de programmation. Le but est de définir un cahier des charges architectural. La méthode retenue a été celle du groupe de travail réunissant le personnel des services. Les avis des familles et résidents ont été recherchés par questionnaires et entretiens. Le management participatif est la ligne de conduite de ce projet.

Le groupe de travail a été constitué au mois de décembre 2000 avec pour but de rendre un document pour le mois de juin 2001 afin de pouvoir lancer la procédure de concours architectural durant le deuxième semestre 2001. La réalisation du projet est prévue pour 2003-2004.

La première partie du mémoire s'attachera à étudier l'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en cette fin de XX^{ème} siècle. Petit à petit, elle est devenue une discipline à part entière de la médecine : la gériatrie. Au niveau architectural, cette évolution s'est traduite par une façon différente de penser les lieux d'accueil : désormais ce ne sont plus les usagers qui s'adaptent à des locaux construits avec pour critères majeurs l'esthétisme et la sécurité, mais les concepteurs qui doivent prendre pour point de départ de leur réflexion les usagers et leurs besoins, et adapter des bâtiments en conséquence.

Notre société a peur de la mort, elle encense la médecine curative et refuse la vieillesse qui est un échec face à la mort. Il n'est pas rare d'oublier que la vieillesse n'est pas une maladie. L'architecture des services de long séjour, qui reste très hospitalière, est le témoignage de cette façon de penser.

Dans la seconde partie, nous étudierons l'exemple de l'Hôpital de Lodève et les moyens utilisés dans la réflexion pour le changement. La restructuration du long séjour a été abordée grâce à des travaux de groupe, la recherche des besoins spécifiques des résidents et des personnels a été un souci constant. L'enjeu est non seulement d'améliorer le cadre de vie des usagers mais aussi de redorer l'image de ce service. Le personnel démotivé doit pouvoir retrouver dans ce projet des élans de motivation. De la qualité de vie des soignants dans le service dépend la qualité de vie des résidents. Le personnel ne peut s'impliquer que si ses idées sont écoutées et sa valeur reconnue. De l'implication du personnel dans la prise en charge dépendent la réussite du projet de restructuration et son adéquation avec le projet de vie.

La dernière partie est consacrée aux décisions prises en matière d'architecture intérieure. La réflexion a été menée autour d'idées précises de prise en charge avec pour difficulté d'adapter et de replacer ces idées dans le contexte architectural de la rénovation donc de lieux en partie prédéfinis. Dans un premier temps, les personnels ont réfléchi aux différents espaces nécessaires à une bonne prise en charge et à leurs relations fonctionnelles, dans un deuxième temps il s'est agit de décrire tout ce qui met en place un environnement à partir des 5 sens. Cette partie est le cahier des charges architectural du projet de restructuration du service de long séjour. Une enveloppe financière a été estimée.

Tout au long de ce travail nous devons garder à l'esprit que réfléchir aujourd'hui sur les conditions de vie en service de long séjour, c'est aussi projeter chacun de nous vers sa vieillesse et définir la qualité de vie que nous attendons.

PARTIE I. DES HOMMES ET DES MURS

*« Le destin des vieux est celui que la société a choisi pour eux,
on mesure le degré de civilisation d'une communauté au sort qu'elle réserve à ses vieux »*

Ma vieillesse, Simone de Beauvoir, Gallimard, 1970

Si nous mesurons le degré de civilisation au sort qui est réservé aux vieux, alors nous pouvons affirmer que notre civilisation évolue lentement mais sûrement. Au fil du temps, la vieillesse s'est institutionnalisée. Si jusqu'à aujourd'hui, les structures telles que les maisons de retraite ont suffi à la prise en charge des personnes âgées encore relativement autonomes, les établissements se sont de plus en plus médicalisés et les services de long séjour ne peuvent accueillir toutes les demandes malgré une réputation de mouvoir.

L'évolution de la médecine et de la qualité de vie a entraîné une entrée de plus en plus tardive en institution liée à la dépendance. L'accueil des personnes âgées dépendantes n'a cessé d'évoluer dans le sens de l'humanisation. Le profil des personnes accueillies en institution a totalement changé, désormais le handicap est omniprésent, souvent synonyme de médicalisation de la vieillesse. La philosophie de la prise en charge est désormais la prise en compte des individualités mais les lieux ont bien souvent évolués moins vite que les mentalités. Les établissements pour personnes âgées se sont peu à peu spécialisés avec l'évolution de la médecine qui mettait en avant son côté curatif, dénigrant et cachant la vieillesse et la mort.

Les lieux d'accueil résument cette histoire de la médecine, la gériatrie n'est pas une priorité d'investissement. Or il est important de s'en soucier car la population âgée augmente, l'espérance de vie ne cesse de s'accroître et le handicap est bien présent aux grands âges de la vie. Il est donc nécessaire de prendre en compte la qualité de vie de nos aîeux dans les structures médicalisées de type long séjour ce que nous allons développer plus loin sur un niveau architectural, mais il convient aussi de réfléchir aux personnels présents auprès des personnes âgées car de leurs conditions de travail dépend la qualité de la prise en charge.

CHAPITRE 1.01 BIEN PLUS QUE DES LIEUX DE SOINS, DES LIEUX DE VIE

L'hôpital local de LODEVE tout en étant un exemple particulier, n'est pas une exception en matière d'évolution des structures accueillant des personnes âgées dépendantes.

La qualité de vie dans un établissement, telle qu'elle est perçue par le résident, dépend tout d'abord de l'efficacité des soins, de la prise en charge, des relations avec le personnel et de façon plus générale de l'environnement.

Cette notion est beaucoup mieux prise en compte aujourd'hui mais on est encore loin d'en faire une priorité et d'en tirer toutes les conséquences en matière d'architecture.

A Evolution architecturale de l'accueil au cours des siècles

La qualité de vie en institution dépend du niveau de confort mais aussi de la qualité de prise en charge.

Afin de comprendre les questions que pose aujourd'hui l'architecture des lieux d'accueil pour personnes âgées dépendantes, il est bon de se replonger dans l'histoire de ces lieux d'un point de vue architectural.

Au moyen âge, les "hospices" sont contrôlés par des organisations religieuses de charité. Il s'agit de lieux voués à la préparation des malades à la mort, avec une aide spirituelle religieuse. Cette époque correspond à des grandes salles communes pour les soins aux indigents de 30 à 100 mètres de long et avec des plafonds de 15 à 20 mètres pour permettre la ventilation.

Avec la diminution des dons et legs, la laïcisation des établissements débute. On bâtit alors des locaux selon les modèles des palais (époque de la renaissance). Les salles sont plus étroites et moins hautes. Les bâtiments sont en forme de croix ou de cour regroupant plusieurs salles. Une partie centrale est consacrée à la chapelle et aux services communs. Les personnes âgées ne sont pas prises en charge spécifiquement, les lieux d'accueil sont les hôpitaux ou les asiles pour les personnes ayant des troubles psychologiques.

Le XIX^{ème} siècle marque une rupture dans les missions des hôpitaux. Avec la découverte des anesthésiques, des antiseptiques, de l'utilisation des rayons X, ils passent d'une approche principalement palliative à des interventions curatives. Ces lieux préoccupés principalement par la mort se tournent désormais vers la vie, l'accueil des personnes âgées devient une sous-médecine et n'intéresse pas.

Le XX^{ème} siècle est celui du progrès de la médecine, la mort ne doit plus exister, les personnes âgées dépendantes sont prises en charge dans les hôpitaux, ils ont le statut de malades, la vieillesse devient maladie. La mutation vers un hôpital médicalisé s'affirme à partir de 1930. L'architecture des nouvelles installations est de type cubique, des services types se juxtaposent et s'empilent. Les structures ont des chambres de 1 à 2 lits distribuées de part et d'autre de longs couloirs, les salles de soins et offices étant le plus souvent à une des extrémités de ce couloir où se trouvent aussi les circulations verticales. Dans les années 70, pour permettre une humanisation rapide des anciens hospices, des réflexions architecturales sur l'accueil des personnes âgées sont menées et aboutissent à l'élaboration des V120, bâtiments de type industriels et cubiques permettant de construire rapidement un grand nombre de chambres.

Les établissements dits de long séjour sont passés d'un extrême (salles communes) à l'autre (chambre individuelle le long d'un couloir) en très peu de temps. Le premier type d'hébergement offrait une très grande collectivité et le deuxième, une très grande intimité. La salle commune permettait la communication entre individus alors que la chambre individuelle impose le repli sur soi.

Plus une personne passe de temps dans un lieu et plus il est nécessaire de se préoccuper de ses besoins pour adapter ce lieu. L'image de l'hôpital se veut technique et en est presque devenue inhumaine dans les années 70-80, alors que l'image d'un lieu de vie pour personnes âgées dépendantes doit être chaleureuse et accueillante.

« L'hébergement en long séjour, d'une durée moyenne de trois ans, ne doit pas être confondu avec la vie en maison de retraite, à laquelle il succède souvent »³. L'architecture des maisons de retraite a bien souvent été pensée différemment de celle des longs séjours car les bâtiments étaient voués à l'accueil de personnes valides.

³ Philippe Picard, Compte rendu des deuxièmes journées d'architecture et construction hospitalières organisées à Paris les 15 et 16 juin 1995 en collaboration avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Les services qui accueillent des personnes âgées dépendantes doivent concilier deux aspects :

- des soins de qualité car les personnes accueillies ont besoin d'attention 24h sur 24,
- un hébergement chaleureux et convivial rappelant le domicile.

D'une façon générale, hors quelques expériences particulières, l'hébergement de longue durée se résume aujourd'hui en deux sortes de bâtiments :

- les bâtiments anciens, symétriques répondant à un quadrillage parfait de l'espace, impersonnels,
- les constructions modernes standardisées, de type hôpital, aseptisées, traduction de l'univers médical.

D'un côté comme de l'autre, la vie est occultée. Il est avant tout nécessaire de prendre en compte les besoins des usagers de ces lieux (personnes âgées et personnels).

B Evolution du service de long séjour de l'hôpital local de Lodève d'un point de vue architectural et présentation du contexte.

L'hôpital de Lodève a été fondé au XVIII^{ème} siècle, il était géré par une congrégation religieuse.

Dans les années 70, l'humanisation des hospices a engendré la construction d'un nouveau bâtiment destiné au service des « chroniques » : les personnes âgées dépendantes. Jusqu'alors ce service se trouvait dans le vieil hôpital ayant une architecture en forme de cour autour de la chapelle. Les personnes étaient hébergées dans des salles communes de 20 à 30 personnes.

Le nouveau bâtiment⁴ a été une avancée non négligeable dans la qualité des soins et de l'hébergement. Désormais les chambres sont à 2 lits (en majorité) et à 1 lit.

Le rez-de-chaussée accueille une grande salle polyvalente vitrée, qui sert aussi de réfectoire pour certains résidents. Les pensionnaires se répartissent sur quatre étages, 20 au rez-de-chaussée, 32 au 1^{er} et 2^{ème} étage, 12 au 3^{ème} étage. 96 lits sont installés dans le service du « Pont Romain ».

⁴ Cf. plans du service de long séjour en annexe

Les chambres doubles ont une surface de 20m² avec une salle de bain de 4m² équipée d'un lavabo et de WC. Les chambres simples ont une surface de 13.5m² sans la salle de bain. Elles possèdent toutes un balcon qui n'est pas accessible en fauteuil roulant.

Les chambres se répartissent de part et d'autre de couloirs « borgnes » de 38m et de 28m. Les salles à manger d'étage ont une surface de 40m². Les salons d'étages avoisinent les 16m². Au rez-de-chaussée une grande salle polyvalente de 130m² donne sur le jardin.

C Long séjour : deux vocations parallèles, héberger et soigner

C'est le Rapport Laroque (1962) qui a vraiment engagé une politique spécifique en faveur des personnes âgées en s'orientant vers une prise en charge plus globale : soins, logement, ressources, insertion dans la société.

En 1970, la loi hospitalière exclut les hospices du champ hospitalier et il faut attendre 1978 pour que le législateur définisse la notion de longs séjours.

La Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fera obligation de transformer et humaniser les hospices sous dix ans.

Depuis les lois de décentralisation, la séparation du sanitaire et du social se renforce.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante voit le jour à la fin des années 80.

Les services de soins de longue durée ont donc pour mission (loi de janvier 1978) d'héberger des personnes âgées non autonomes qui nécessitent des soins médicaux et une surveillance constante. Ces services sont les seuls délivrant des prestations sanitaires qui soient spécifiques aux personnes âgées. Le plus souvent ils font partie d'un hôpital ayant des lits de court séjour, plus rarement ils sont autonomes ou forment un centre de moyen et long séjour. En milieu rural il s'agit le plus souvent d'anciens hospices ou hôpitaux reconvertis en centres de long séjour.

Un grand nombre de services de soins de longue durée ont été construits sur des modèles normés tels les V120, V240. Ces structures élaborées sur un mode industriel ont fleuri dans les années 70 sur tout le territoire français.

Le financement du long séjour repose sur un double forfait :

- L'hébergement, à la charge des résidents, de leur famille ou de l'aide sociale (1/2 à 2/3 du prix global)
- Les soins à la charge de l'assurance maladie (1/3 à 1/2 du prix global)

Le forfait soins rémunère les dépenses médicales, paramédicales et pharmaceutiques, son montant est supérieur à celui des sections de cure mais reste très faible par rapport aux coûts des autres structures sanitaires.

Le prix de l'hébergement est fixé par le Conseil Général.

Les services de long séjour sont les témoins d'un paradoxe : le cloisonnement entre sanitaire et social. Cette barrière se manifeste par des différences de financeurs, de tarificateurs, d'organismes et de décideurs. Alors que les maisons de retraite dépendent du Conseil Général, les services de long séjour font partie de la sphère sanitaire et sont directement sous la tutelle de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et de L'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La réforme de la tarification permettra d'harmoniser les différents types de structures pour personnes âgées. Au-delà d'un nouveau mode de calcul des tarifs, cette réforme doit permettre de gommer les différences entre les structures accueillant des personnes âgées, tous les établissements deviennent Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. La réforme s'appuie sur l'introduction d'un troisième tarif calculé par rapport à la dépendance des personnes.

La frontière entre sanitaire et social devient donc plus floue, les financements s'harmonisant, on peut donc penser que les prises en charge et les mentalités vont suivre ce changement, et notamment au niveau de l'architecture.

Depuis une dizaine d'années, le secteur des personnes âgées cherche à se dégager du modèle hospitalier, on ne peut construire un lieu d'hébergement où les personnes vont finir leur vie comme un service de soins de courte durée. Alors que dans un service de court séjour, la qualité de la prise en charge est en grande partie liée aux équipes soignantes, dans un service de long séjour, les "murs" ont aussi une grande importance.

Les Services de soins de longue durée accueillent de plus en plus des populations ayant des troubles du comportement, et donc qui nécessitent une prise en charge psychique très importante. Partant de ce constat il est nécessaire que les agents perdent le moins de temps possible dans les déplacements. On s'aperçoit que la politique en ce qui concerne les longs séjours a très souvent été de les installer dans des anciens services de court séjour en réaménageant quelque peu les locaux. Les soins ont donc du s'adapter aux locaux et non l'inverse. La personne âgée dépendante peut-elle s'adapter à un service qui n'est pas conçu selon ses besoins spécifiques ?

On s'aperçoit donc que le paradoxe de la frontière entre sanitaire et social a entraîné un paradoxe architectural dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes en long séjour : on a voulu faire de l'hébergement et des soins en priorité psychique, dans des locaux à vocation de court séjour destiné à des soins en priorité physique. Ce « mélange des genres » a fait que le long séjour est devenu dans l'imaginaire collectif, l'antichambre de la mort, un lieu sans vie, sombre, avec de longs couloirs, seuls les soins sont visualisés et non la fonction d'hébergement. Combien de familles répugnent à transférer leur parent de maison de retraite vers le long séjour, même en argumentant que les soins seront mieux adaptés à l'état de la personne, la réponse est toujours que le service de long séjour est moins « beau », moins accueillant, moins vivant.

Les locaux sont pensés et bâtis parce que nous avons une vision particulière de leurs usages et de leurs usagers, si c'est la maladie qui est mise en avant dans un service de long séjour, alors on aura tendance à penser en terme d'hôpital, si c'est la vie qui est mise en exergue alors les locaux seront modelés autour de la vie.

Chaque bâtiment est la traduction d'un style de vie, d'un mode de penser, d'une culture en bref d'une société.

Il est une évidence que nous oublions trop souvent, c'est que nous sommes vivants avant que nous soyons morts, il ne faut pas nier la vie derrière les soins. La prise en charge des personnes âgées a évolué, nous le verrons dans le prochain chapitre, et il est désormais nécessaire de faire évoluer les lieux de cette prise en charge.

D La nécessité de mettre en adéquation les lieux et les personnes : concept de territoire humain et d'espace personnel

« Plus un individu passe de temps dans un espace, plus ce dernier doit être en adéquation avec les besoins du premier »⁵.

Il faut désormais réfléchir en terme de lieux de vie pour personnes âgées dépendantes et non plus en terme de service hospitalier même si les soins sont importants dans ce type de lieu. Alors que les services de long séjour sont considérés comme du sanitaire, il n'en demeure pas moins que ce sont des lieux de vie, et à ce titre il est nécessaire de sortir d'une architecture "hospitalo-centriste». Lorsque les personnes quittent leur domicile pour le long séjour, elles viennent habiter à l'hôpital, elles sont là pour plusieurs années et même si la

⁵ Philippe Picard, « Gériatrie et espaces architecturaux » in *La Revue de Gériatrie*, tome 25, N°1 Janvier 2000, p.50.

qualité des soins n'est pas liée directement à l'architecture, on ne peut pas se cacher qu'elle en est un support important. Ce qu'il faut arriver à faire, c'est donner des repères qui rappellent le lieu de vie antérieur, chose peut aisée car chaque individu est différent de l'autre dans son histoire et dans son corps.

Quelles que soient les cultures et les sociétés, l'architecture a toujours été une préoccupation d'ordre symbolique, esthétique et politique. La prise de conscience de ses effets sur la vie quotidienne et sur les comportements des usagers est beaucoup plus récente et date de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. C'est à la suite des travaux de Kurt Lewin et de son disciple Roger Barker que s'est développée une « psychologie écologique » qui conceptualise l'interaction entre l'homme et son environnement et en fait un nouveau champ d'étude. Comme le disait Churchill, « nous formons des formes qui nous transforment », L'espace qui nous entoure est donc synonyme de culture, de vie sociale : « L'espace n'existe que par ce qui le remplit »⁶. Nous pouvons alors appréhender l'espace selon deux dimensions, d'une part le cadre qui nous entoure et d'autre part la place de notre corps dans l'espace. Ces deux dimensions sont traitées en psychologie sociale au travers des concepts de territoire humain et d'espace personnel.

Le concept de territoire

Le concept de territoire désigne un espace physique délimité, ayant une signification psychologique et culturelle pour ceux qui l'utilisent. C'est un lieu social, personnalisé à l'aide d'éléments de notre histoire, il contient des marques d'appropriation de la ou des personnes qui l'occupent. Le territoire personnel est par essence même la chambre, le domicile de la personne. Dans nos institutions, les personnes âgées doivent pouvoir investir leur chambre, se l'approprier de façon à ce qu'il devienne leur territoire. Altman (1975) distingue plusieurs niveaux de territoires. Le territoire primaire est occupé de façon continue, il assure un rôle d'intimité et toute intrusion est une violation, il joue le rôle de refuge personnel et permet de se retirer de la vie publique, c'est le « chez-soi » de tout un chacun. Le territoire secondaire est à la fois public et privé, il correspond à des sphères créées par des groupes tels les bistrots de village. En service de soins de longue durée, le territoire primaire sera la chambre et un des territoires secondaire peut être la salle à manger du service ou les salons d'étages. Le territoire secondaire est le témoin des relations et interactions humaines qui existent. L'être humain est avant tout un être social, le territoire secondaire permet dans un service de

⁶ A.Moles, Psychologie de l'espace, Editions Casterman, 1977

faire un palier entre le territoire primaire (la chambre et la sécurité qu'elle représente), et le territoire public. Le territoire public (place, rue, bancs publics...) appartient à tous, il est occupé temporairement, ce lieu offre peu d'intimité mais est utilisé comme lieu de rendez-vous et d'activités diverses.

Le territoire est un lieu sur lequel nous exerçons un droit de possession, il est considéré comme une extension du moi, nous y exerçons un contrôle social. Le territoire étant un prolongement de nous même, toute intrusion y sera subie comme une agression. Au cours de notre vie nous intériorisons certains schémas d'espaces que nous transportons tout au long de nos expériences ultérieures. Le souci de nos institutions sera de pouvoir reproduire le mieux possible les schémas de territoire de chacun de nos résidents en ayant toujours à l'esprit qu'à la fin de notre vie nous sommes moins adaptables.

Le concept d'espace personnel

L' 'espace personnel, c'est ce qui nous entoure immédiatement. Hall⁷ a défini quatre zones : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale, la distance publique.

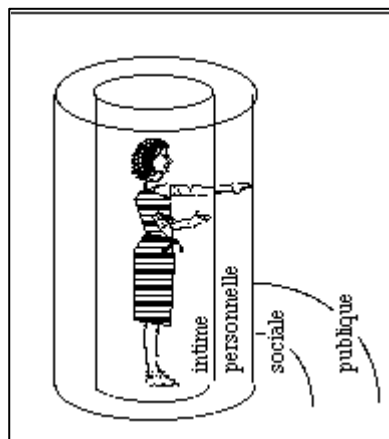
La distance intime est le minimum qui puisse exister entre moi et autrui, elle s'exprime par le contact et varie de 15 à 45 centimètres.

La distance personnelle est la limite d'emprise physique sur autrui, elle varie de 45 à 125 centimètres.

La distance sociale est ce que Hall appelle la « limite du pouvoir sur autrui », c'est la distance établie dans les rapports sociaux habituels, elle s'exprime par la position des sièges qui maintiennent une distance entre les individus, elle va de 1 mètre 20 à 3 mètres.

La distance publique est celle qui apparaît dans les situations officielles, elle nous met hors d'atteinte et hors de portée, elle se situe entre 3 mètres et 9 mètres.

Le schéma ci-dessous explicite les différentes distances.



L'utilisation des distances varie en fonction de l'âge, du sexe, de la sympathie pour l'autre...L 'espace personnel est une enveloppe protectrice, il régule l'intimité et dépend de la culture.

L'espace est dynamique et nous pouvons en faire ce que nous voulons. Nous pouvons le lire de façon à en faire un cadre fonctionnel ou de façon à l'interpréter comme le témoignage d'une expérience vécue. Nous pouvons considérer qu'il y a stress à partir du moment où il y a une perte de contrôle sur l'environnement. L'espace a une importance psychologique importante, il permet à l'individu d'appréhender sa relation au monde extérieur.

Churchill, en disant que nous construisons des formes qui à leur tour nous formaient, faisait allusion au concept d'espace personnel, à savoir que l'espace a un effet sur notre comportement. Certains espaces, par leur disposition, sont sociopètes (ils provoquent des contacts entre les individus), d'autres sont sociofuges (ils favorisent l'absence de relation).Il est donc important de respecter ces espaces dans nos institutions. Les actions et la vie de chacun sont conditionnées par l'aménagement des espaces. Les services devront essayer de matérialiser la fonction de chaque local par rapport à l'espace qu'il représente. Le lit représente l'espace intime, la chambre est l'espace personnel, les lieux communs sont les espaces publics et un effet sociopète y sera recherché.

⁷ Edward T. Hall, professeur d'anthropologie à la North-Western University.

CHAPITRE 1.02 QUELLE POPULATION EN SERVICE DE LONG SEJOUR ?

Les demandes d'hébergement se font de plus en plus pour des personnes dépendantes. La politique de maintien à domicile et l'accroissement de la durée de vie, ont opéré un changement radical du profil des personnes accueillies. « L'entrée en institution a lieu en général, au moment où l'état de dépendance de la personne s'aggrave et où son besoin d'aide pour les actes de la vie courante augmente : les trois quarts des résidents déclarent être entrés en institution en raison de leur état de santé »⁸.

A Rappel de démographie et évaluation de la dépendance

La personne âgée est de plus en plus un enjeu politique et économique, mais les investisseurs ne s'intéressent qu'aux personnes valides, consommatrices et libres de leurs choix. La personne âgée invalide n'a pas d'intérêt dans notre société de consommation, elle n'est pas capable d'acheter, elle est coûteuse, elle ne peut plus vivre seule, et a besoin d'assistance.

L'être humain vit de plus en plus longtemps, les années de vies gagnées sont parfois synonymes de dépendance.

Par rapport aux autres nations industrialisées, la France a été le premier pays à vieillir. Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, la proportion de personnes âgées n'a fait qu'augmenter. Les personnes de plus de 75 ans représentaient 4.9% de la population en 1962, ce pourcentage augmentant régulièrement pour arriver à 7.7% de la population en 1999⁹. Les projections envisagent à 10% la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population pour 2020.

D'après les enquêtes Handicap-Incapacités-Dépendance (HID) menées par L'INSEE¹⁰, les maisons de retraite et unités de soins de longue durée hébergent 490 000 personnes. Parmi la population de plus de 75 ans, 230 000 personnes âgées sont confinées

⁸ *Martine Eenschoten*, Les personnes âgées en institution en 1998, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et Résultats, N°108, Mars 2001

⁹ Recensement de la population de 1999, INSEE.

¹⁰ L'enquête Handicap-Incapacité-dépendance, réalisée par l'INSEE, se déroule d'octobre 98 à décembre 2001. Les résultats donnés ici sont issus des deux premières vagues d'enquêtes.

au lit et au fauteuil, et 400 000 ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage. Les personnes confinées au lit ou au fauteuil en établissements souffrent aussi pour les deux tiers d'une dépendance psychique, il s'agit pour 75% de femmes et pour 57% de personnes âgées de plus de 85 ans. Une personne est considérée comme dépendante psychique si elle est incohérente ou désorientée. 63% des personnes nécessitant une aide à la toilette en institution sont dépendantes psychiquement.

L'enquête HID montre que c'est dans les services de soins de longue durée que la proportion de résidents les plus lourdement dépendants est la plus forte avec 79% des personnes hébergées, 51% sont confinées au lit ou au fauteuil et 28% ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.

Il semblerait que la prévalence de la dépendance physique soit passée de 8.5% en 1990 à 6.4% en 1999 au détriment cependant du handicap psychique.

L'évaluation de la dépendance peut se faire grâce à différents outils ou grilles d'évaluation. Depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la Prestation Spécifique Dépendance, c'est la grille AGGIR¹¹ (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) qui s'est imposée au niveau national. Cet outil mesure l'autonomie d'une personne à travers les actes de la vie quotidienne qu'elle effectue seule ou non. Cette grille comprend 10 variables qui permettent d'évaluer le Groupe Iso Ressource dont fait partie la personne. La cotation va de 1 à 6 :

- ↳ le groupe 1 regroupe des personnes totalement dépendantes, confinées au lit ou au fauteuil et qui demandent une prise en charge continue ;
- ↳ le groupe 2 est hétérogène, il est composé d'une part des personnes confinées au lit ou au fauteuil mais dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et d'autre part des personnes ayant conservé leurs capacités motrices mais dont les fonctions mentales sont altérées ;
- ↳ le groupe 3 comprend les personnes non altérées mentalement mais qui ont besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne et qui n'ont que partiellement leur autonomie de déplacement ;
- ↳ le groupe 4 regroupe des personnes qui se déplacent mais qui ont besoin d'aide pour les transferts et ponctuellement pour les activités corporelles et les repas ;
- ↳ le groupe 5 est composé des personnes qui nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette ;

¹¹ Cf. annexe n°II

↳ le groupe 6 est celui des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

D'après l'enquête HID, ce sont les services de soins de longue durée qui accueillent la population la plus dépendante (25% de GIR 1 et 83% de GIR 1 à 3). Alors que le GIR 1 représente une population homogène en terme de dépendance physique, les GIR 2, 3, et 4 ne reflètent pas toujours les mêmes réalités, ce qui demande des prises en charges adaptées. Pour le GIR 1, les personnes sont dépendantes dans au moins cinq des activités de la vie quotidienne dont : faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes, se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège, contrôler ses selles et ses urines, manger des aliments déjà préparés.

B La population accueillie à l'hôpital de Lodève en service de long séjour

L'hôpital local de Lodève se situe dans le bassin gériatrique N°6 du département de l'Hérault. Au sein de ce bassin, l'hôpital est le seul à exploiter des lits de long séjour, la part des personnes de plus de 75 ans y est de 10.43% de la population totale¹².

L'analyse de la population, accueillie aujourd'hui en service de long séjour à l'hôpital de Lodève révèle une forte dépendance des pensionnaires. L'évaluation de la dépendance est faite grâce à la grille AGGIR, des variables dites discriminantes évaluent l'autonomie corporelle, physique et mentale.

Le GIR moyen pondéré en service de long séjour est de 880. Le GMP est un indicateur de charge en soins de base. 49% des résidents sont cotés en GIR 1.

Le service accueille 34% d'hommes et 66% de femmes avec une moyenne d'âge globale de 84 ans. On note que 41% de la population a plus de 90 ans. La durée moyenne de séjour est de 203 jours en 1999 soit une durée inférieure à un an.

La répartition dans les différents GIR se fait selon le tableau suivant :

Répartition de la population selon les GIR dans le service de long séjour :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
48.86%	39.77%	3.41%	6.86%	1.14%	0%

¹² Sources DRASS et CRAM Languedoc Roussillon

Nous pouvons nous rendre compte que cette répartition diffère quelque peu de celle donnée par l'enquête HID dans le sens où la population est beaucoup plus dépendante dans le service étudié par rapport aux moyennes de l'enquête.

En croisant certaines variables discriminantes (grâce au logiciel GALAAD) on arrive à définir des populations qui imposent une prise en charge lourde ou difficile (soins, surveillance). Ainsi pour le service du Pont Romain nous arrivons à définir les pourcentages de population suivants :

- Les déments ou susceptibles d'être déments représenteraient 99% de la population,
- Les errants ou susceptibles d'être errants représenteraient 24% de la population,
- Les fugueurs ou susceptibles d'être fugueurs représenteraient 8% de la population
- Les personnes confinées au fauteuil représentent 3.5% de la population
- Les personnes confinées au lit représentent 66% de la population
- Les personnes confinées dans leur chambre ou dans le service représentent 91% de la population.

Les problèmes physiques et de santé rendent la personne plus vulnérable face à son environnement, il est donc nécessaire de concevoir des lieux sûrs et sécurisants favorisant la mobilité. Avec l'âge, les perceptions sensorielles diminuent, surtout l'ouïe et la vue, il faut donc privilégier les stimuli sensoriels. L'incapacité à accomplir les actes de la vie quotidienne peut être favorisée par l'institution suivant si le concept de soins est « d'aider à faire » ou « de faire à la place », les locaux peuvent avoir un rôle à jouer dans la façon de prendre en charge les personnes âgées mais la ligne de conduite d'un service se situe essentiellement dans le projet de soins.

Ces différents pourcentages nous brossent assez vite le portrait de la population hébergée au service de long séjour de l'hôpital de Lodève¹³ : les personnes accueillies sont âgées et désorientées, atteintes dans leurs fonctions intellectuelles, présentent des déficits cognitifs. Ces termes, stigmatisant un type de population, cachent en fait des réalités multiples quant à chaque résident.

¹³ Cf. annexe n°V : Evaluation A.G.G.I.R. du service de long séjour de l'hôpital de Lodève.

CHAPITRE 1.03 DES LIEUX DE VIE MAIS AUSSI DES LIEUX DE TRAVAIL

On ne peut nier que deux populations différentes cohabitent dans les lieux d'accueil pour personnes âgées : les résidents et le personnel. Ces deux types de populations ont pourtant les mêmes besoins fondamentaux. La pyramide de Maslow reproduite ci-dessous retranscrit les différents besoins.



Il s'agit ici de satisfaire le troisième besoin et les suivants de façon professionnelle. Le besoin d'appartenance à une institution, se reconnaître dans son service, faire partie de l'équipe soignante à part entière est important pour le personnel et ce besoin n'est pas toujours satisfait dans des services de long séjour vus comme peu intéressants et dénigrés par le reste des agents de l'hôpital.

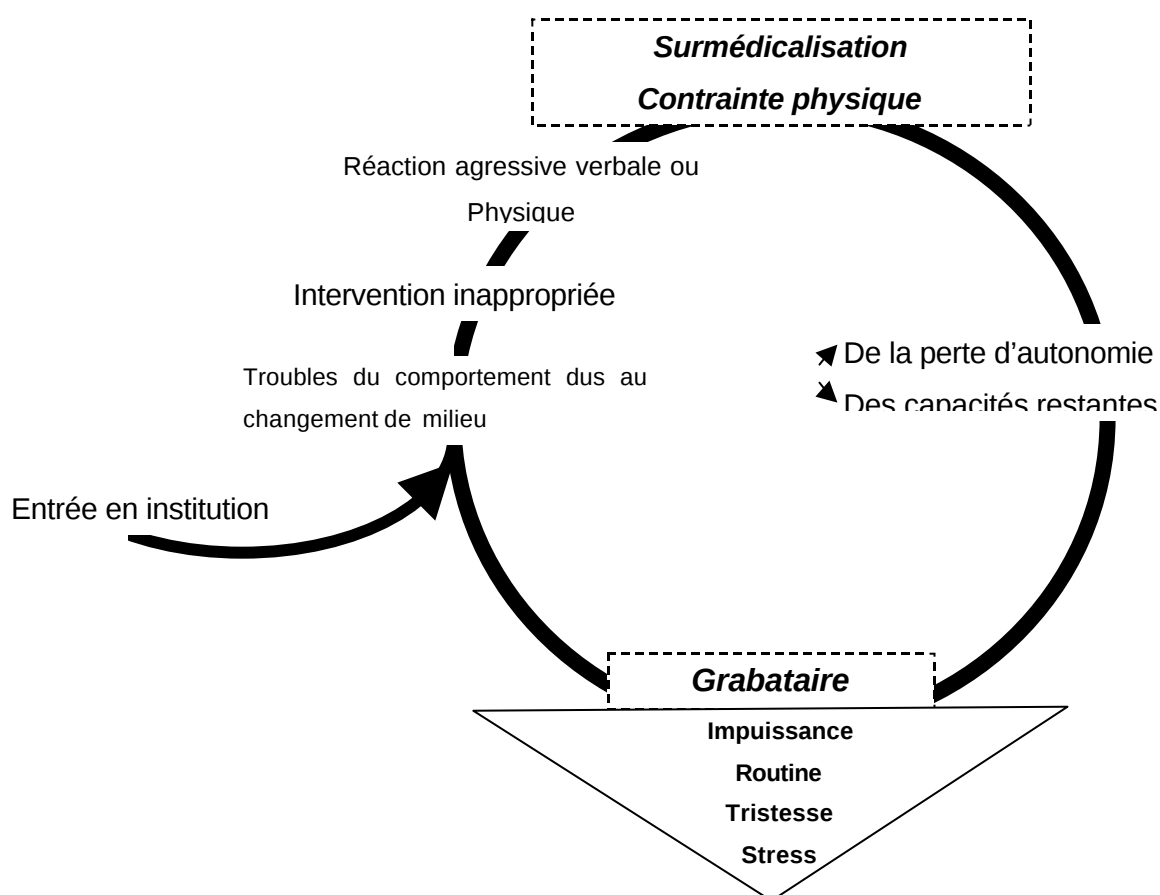
L'architecture intérieure est un moyen de trouver une appartenance à un lieu et donc à un groupe, permettant ainsi de « grimper » dans la satisfaction des besoins et d'accéder aux supérieurs.

L'architecture intérieure doit répondre aux besoins de ces deux populations et on ne peut en exclure une des deux dans cette réflexion.

A Philosophie des soins en service de long séjour et ses conséquences sur l'architecture

Le rôle des soignants n'est plus de faire uniquement des soins techniques, la prise en charge est aussi et surtout dans le soutien psychologique et l'accompagnement.

« On peut vivre sans traitement mais on ne peut pas vivre sans soins. Aucun traitement ne peut se substituer aux soins »¹⁴. Cette réflexion de M.F. Collière résume bien le cercle vicieux qu'entraîne la pratique de soins médicaux exclusifs.



« En soins de longue durée si ne sont réalisés que des soins médicaux et d'hygiène sans se préoccuper de l'environnement (univers figé de lieu et de temps sans action) on accentue, par l'isolement sensoriel, la détérioration de l'état initial des résidents. Avec, comme conséquence, une augmentation de leur dépendance, ce qui alourdit la charge en travail des soignants. Cette pratique conduit progressivement les soignés et les soignants à la perte d'espoir car, dans cette optique, au terme "Hôpital" un trait d'union associe "guérison". Or, on ne guérit ni de la vieillesse, ni de la mort. Il faut donc décroiser nos

¹⁴ M.F. Collière, in Soigner, le premier art de la vie, 1996, Inter éditions.

acquis, et proposer un projet de soins différent des modèles de fonctionnement dominants »¹⁵.

La gériatrie est le témoin des limites de la médecine curative. Vouloir pratiquer une médecine curative à tout prix dans des services de soins pour personnes âgées dépendantes, c'est persister dans l'échec et arriver au découragement. Les soins de santé en gérontologie sont centrés sur la personne. Si on ne peut pas agir sur certains facteurs organiques, sur des lésions irréversibles et dégénératives du cerveau, par contre il est possible d'agir sur les facteurs qui entraînent ou aggravent des problèmes d'autonomie. Il s'agit des facteurs psychosociaux et environnementaux car les troubles fonctionnels sont le plus souvent dus à l'inadéquation du milieu. L'homme est avant tout un être bio-psycho-socio-culturel et non pas seulement biologique. Les soins s'orientent désormais vers une approche holistique de l'homme où toute modification d'un secteur a des répercussions sur les autres dimensions. Tout être humain même âgé est en inter-relation continue avec son environnement. Dans les services accueillant des personnes âgées dépendantes, il est nécessaire de placer la vie au premier plan des soins.

En service de long séjour ce n'est pas la guérison qui récompense le soignant de son travail, mais un simple sourire, une parole, le geste d'une personne sortant de sa léthargie. Soigner en gériatrie ne se voit pas toujours comme une réussite professionnelle car le personnel travaille auprès de personnes grabataires, confuses, agressives, incontinentes, où les tâches ne semblent être qu'un éternel recommencement.

La santé est pour R. Dubos¹⁶, « la capacité de fonctionner au mieux dans son milieu » et non pas l'absence de maladie.

Nombreux sont les facteurs de l'environnement qui peuvent avoir une influence sur le comportement. L'aménagement des lieux est très important notamment en ce qui concerne la signalisation et la décoration. Les stimulations sensorielles auront un effet sur les comportements notamment la luminosité et la musique. L'adéquation entre les capacités du résident et les contraintes de l'environnement procureront un sentiment de vie adaptée ou non. L'espace doit être utilisé comme un catalyseur de vie, comme un moyen d'information sensorielle favorisant la perception du moi.

Le soignant a un grand rôle à jouer, il est un facteur thérapeutique car il s'occupe de la vie quotidienne du résident, il le stimule. La prise en charge requiert beaucoup de

¹⁵ L. Mias, E. Decourt, Equipe soignante, in Pour un art de vivre en Long séjour, Bayard, Paris, 1993.

¹⁶ Professeur à l'université Rockefeller à New York.

disponibilité auprès des personnes âgées et il est impensable de se permettre de perdre du temps et donc de l'efficacité du fait de locaux mal conçus pour les soins.

Changer les mentalités, adopter une certaine ligne de conduite nécessite une référence morale. Pourquoi un jour se met-on à réfléchir sur l'architecture d'un lieu ? La réponse est que sans nul doute ce lieu ne permet pas de mettre en œuvre notre idéologie des soins. Bon nombre de réflexions de soignants vont dans ce sens :

- ↳ « Comment rendre un repas convivial et créer un moment privilégier dans la journée si les salles à manger sont trop petites et le mobilier non adapté »,
- ↳ « Le projet de soins parle de personnalisation des chambres mais comment faire quand dans les chambres à deux lits avec le mobilier de base à savoir lits, chaises et tables, nous avons déjà du mal à nous tourner »¹⁷

L'architecture peut être un frein à la mise en œuvre d'un projet de soins ou de vie. Le projet est un référent moral qui doit être adapté à l'architecture du lieu, sinon il est indispensable d'adapter l'architecture au projet. Vouloir revisiter l'établissement au niveau architectural (même pour de simple amélioration technique ou pour une remise aux normes) nécessite de reprendre le projet d'établissement pour s'assurer de l'adéquation ou non du projet et de sa faisabilité avec l'existant.

B Des lieux de vie mais aussi des lieux de travail

Concilier lieux de vie et lieux de travail est une priorité dans la réflexion sur l'aménagement architectural. En service de long séjour, la qualité de la prise en charge dépend nous l'avons vu du cadre de vie (côté social) mais aussi de la prise en charge soignante, surtout puisqu'il s'agit d'un lieu où l'on ne soigne pas mais où l'on prend soin (coté sanitaire).

Le lieu de travail est distinct et séparé du lieu où nous habitons, il ne nous appartient pas et nous est imposé. Le travail est toujours accompli dans un endroit défini et pendant une durée déterminée. L'impact que peut avoir un espace sur l'être humain dépend du temps que nous passons dans cet espace. On remarque que le lieu de travail est celui dont le taux de fréquentation est le plus élevé après le logement. Il est indéniable que l'espace matériel est un élément de l'organisation du travail. En appliquant ces réflexions aux services

¹⁷ Réflexions du personnel de l'hôpital de Lodève.

de soins nous pouvons affirmer que l'espace ayant un rôle organisationnel sur le travail des soignants, il a donc par répercussion un rôle sur la prise en charge des personnes âgées.

Le monde soignant a mis très longtemps avant de s'intéresser à l'amélioration des conditions de vie au travail, T. Hoet nous fait remarquer qu'« alors que de nombreuses entreprises ou industries ont poussé ce type de recherche dans des retranchements remarquables afin d'améliorer la productivité, l'hôpital, dans ce domaine, en est encore trop souvent au Moyen Age »¹⁸. La France commence depuis une dizaine d'années à prendre conscience que les conditions de travail ont aussi une répercussion sur les prises en charge, ainsi en 1991, pour l'ouverture du colloque international sur l'Ergonomie à l'hôpital, G. Vincent, Directeur de Hôpitaux, déclare : « Les conditions de travail agissent, en effet, directement sur la satisfaction des agents et sur leurs relations professionnelles, éléments fondamentaux de la qualité de la prise en charge des malades à l'hôpital ».

L'insatisfaction des soignants et ses répercussions viennent de l'inadéquation entre « la tâche prescrite » et le « travail réel »¹⁹. La tâche prescrite étant définie comme le but à atteindre et les conditions dans lesquelles il doit être atteint. Par opposition, le travail réel est la façon dont est atteint le but prédéfini. Une conciliation est nécessaire entre tâche prescrite et travail réel sous peine de stress, d'insatisfaction, de désespérance, de démotivation. Il n'est pas rare de trouver des lieux totalement en inadéquation avec leur vocation et avec le projet, ils usent prématurément les professionnels.

Dans le cadre de l'accueil des personnes âgées dépendantes, le soignant est avant tout un "auxiliaire de vie", son rôle est d'être le plus présent possible auprès des résidents, de prendre soin. Travailler avec des personnes âgées c'est rencontrer l'autre mais aussi explorer sa propre personnalité. Le rôle du soignant est l'accompagnement, l'aide et la relation. Les locaux doivent être les plus fonctionnels possible afin d'éviter les pertes de temps et la fatigue inutile. Ces services sont difficiles psychologiquement, le soignant est confronté tous les jours à la vieillesse, à la mort qui le renvoient à sa propre vieillesse et à sa propre mort. En gériatrie le soin est basé sur le dépassement de soi-même, l'alternance de compétences techniques et relationnelles, des connaissances professionnelles multiples et approfondies. Il n'est plus à prouver que l'environnement (luminosité, couleurs, chaleur, odeurs) influe sur l'état d'esprit, il est donc nécessaire de soigner particulièrement le cadre de vie des soignants.

¹⁸ T. Hoet, L'hôpital confronté à son avenir, éditions Lamarre, 1993, p.107.

¹⁹ Estryn-Behar M., *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*, Paris, édition ESTEM, 1996.

« Il est plus facile de jouer aux artistes et de manier la gestuelle architecturale avec brio que d'entamer un dialogue avec des gens qui n'y sont pas préparés non plus de leur côté, car ils n'ont pas conscience que la vie se traduit dans l'espace et que l'espace peut modifier leur vie »²⁰. Dans le but d'éviter de penser pour les autres, il est bon que chaque professionnel puisse participer à la conception des lieux où ils vont passer une partie non négligeable de leur vie. Cette approche participative nous a semblé aller de soi en ce qui concerne notre travail sur la restructuration du service de long séjour de l'hôpital de Lodève.

La question des effectifs ne sera pas abordée dans ce travail. Il est certain que l'architecture influe sur la gestion du personnel, ces réflexions seront menées dans le cadre des travaux de groupes élaborés pour la mise en place des 35H.

²⁰ A. Chomel, architecte DPLG

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Les lieux d'accueil pour personnes âgées ont évolué vers l'individualité et l'intimité. Quitter son chez-soi, ses meubles, ses souvenirs, ses repères sans espoir de retour, adopter un système de vie collective, intégrer ses règles voilà pourquoi l'accueil des personnes âgées doit être basé sur la notion de domicile. Les maisons de retraite ont intégré ce concept de domicile alors que les services de long séjour commencent seulement à en prendre conscience. Il est nécessaire pour les décideurs de comprendre que la qualité de vie et de soins dépend aussi des «murs », ces derniers peuvent être humains. L'architecture doit devenir un outil de la prise en charge et non un carcan. En service de long séjour, l'architecture est aussi importante que les soins qui peuvent y être prodigués. Prendre en compte les notions d'espace et de territoire personnel est très important dans un lieu de vie.

L'être humain vit de plus en plus vieux et la dépendance est un véritable problème aux âges avancés de la vie. Rien ne sert de donner des années à la vie si nous ne sommes pas capables de donner de la vie aux années. La dépendance physique et/ou psychique touche plus ou moins gravement toutes les personnes vivant en service de long séjour. L'architecture peut, et doit, être une aide pour pallier à ces handicaps.

Travailler en service accueillant des personnes âgées dépendantes nécessite de la part des personnels beaucoup de volonté et d'amour. L'architecture ne doit pas être un frein à la prise en charge mais un outil au service du projet de soins. Le projet de restructuration du service de long séjour de l'hôpital de Lodève (appelé service du Pont Romain) a été réfléchi et initié par les soignants faisant le constat que le projet de soins ne pouvait être mis en œuvre dans les locaux actuels et que l'évolution des personnes hébergées nécessitait des transformations.

L'architecture des services de long séjour doit être pensée pour susciter un certain bien être, pour créer les conditions d'un bon climat entre le personnel, la personne accueillie, les familles, les visites et les bénévoles.

PARTIE II. IMPULSER UN CHANGEMENT

«Voir des hommes avant de s'autoriser à voir des formes architecturales »

André Wogensky

La première partie a mis l'accent sur l'importance de l'architecture par rapport à ses usagers. Comme nous l'avons vu, le service de long séjour de l'hôpital de Lodève tout en étant relativement récent, n'est pas adapté à ses usagers. Il a donc été décidé de mettre en œuvre un projet de restructuration.

Au-delà de l'idée de changement que le projet véhicule, il s'agit aussi de communiquer autour du projet en impliquant tous les acteurs.

L'hôpital de Lodève a été refait récemment sauf le service de long séjour qui date pour sa partie la plus ancienne de 1975 et pour l'autre de 1979. Le personnel de ce service envie les autres services qui travaillent dans des conditions plus favorables.

Les familles ont du mal à accepter le passage de leur parent de la maison de retraite (refaite de neuf) au service de long séjour même si l'encadrement soignant y est plus important et plus adapté.

Une fois prise la décision de rénover ce lieu d'accueil, l'important est de savoir comment. La mise en œuvre de la restructuration est nécessaire du point de vue de la qualité d'accueil des personnes âgées mais montre aussi la volonté de donner de l'importance au service de long séjour. Il s'agit de mettre le projet au service de la communication interne et externe (Chapitre 1).

L'implication des acteurs a été la ligne de conduite des différents travaux menés, un groupe de travail a été constitué. Avant de parler d'architecture, le projet de vie a été complété, ce dernier englobait les deux services d'hébergement à savoir la maison de retraite et le service de long séjour ; vu la différence de population dans ces deux services il nous a semblé important de dissocier les deux projets de vie. Un état des lieux de l'unité de soins de longue durée nous a paru indispensable avant de commencer à définir une architecture idéale. Afin d'impliquer tous les acteurs de la vie du service de long séjour, l'avis des personnels et des familles a été recherché par questionnaires et celui des résidents par des entretiens (Chapitre 2).

CHAPITRE 2.01 LES ENJEUX POUR LE DIRECTEUR ET METHODE DE TRAVAIL

L'image de l'hôpital change petit à petit grâce aux travaux architecturaux.

Le directeur est aussi, d'une certaine façon, un chef d'entreprise qui doit travailler l'image de marque de son établissement pour "attirer" des futurs résidents.

La paix sociale et la qualité du travail rendu nécessitent, entre autre, de bonnes conditions de travail et le sentiment d'être reconnu pour les tâches accomplies. Le projet de restructuration du service de long séjour a donc servi à motiver les professionnels et à les impliquer. La méthode de travail choisie a été basée sur la participation de tous les acteurs.

A Communiquer : mettre en commun nos valeurs

Les établissements publics ne communiquent pas forcément sur la qualité de leurs prestations. Ainsi, à l'hôpital de Lodève un livret d'accueil existe mais n'est distribué qu'à l'entrée de la personne, il ne sert pas à faire connaître l'établissement vers l'extérieur. De plus en interrogeant les soignants, on s'aperçoit qu'au « Pont Romain » le livret d'accueil n'est, le plus souvent, pas remis. Le livret d'accueil de l'hôpital est très généraliste, il n'y a pas de livret spécifique à chaque service. Ainsi sont mêlés les services à vocation de soins et les services à vocation d'hébergement.

D'un point de vue architectural, lorsqu'on arrive à l'hôpital, les nouveaux bâtiments sont masqués par le « vieux » hôpital qui garde dans, l'esprit lodévois, une connotation négative (mouroir, hospice). Les nouveaux bâtiments (médecine et maison de retraite) sont ouverts depuis 1996 mais dans l'imaginaire des gens, l'hôpital n'a pas changé.

Un projet architectural donne la possibilité de communiquer sur l'établissement : commencement des travaux, avancées, inauguration, mais aussi missions en général de l'établissement. Le projet doit être un prétexte à la communication.

Pour une famille, il est toujours difficile de devoir "mettre" son parent en long séjour, le moment d'entrer dans ce type de service est de plus en plus retardé au détriment du confort et de la sécurité de la personne âgée. Véhiculant l'image de mouroir, ces services sont

stigmatisés. On oublie bien trop souvent que « vieillir est jusqu'ici le seul moyen connu de ne pas mourir »²¹ et donc que la vie doit être mise en exergue.

Une architecture intérieure agréable, dédramatise l'entrée. Faire connaître ces services les « dé-stigmatisent ».

L'enjeu pour le directeur est donc de faire changer les représentations, le but est que les personnes soient hébergées en service de long séjour non pour le prix ou la proximité mais surtout pour l'environnement agréable qu'il dégage. « Communiquer le projet de l'entreprise, c'est donc non seulement révéler l'image idéale de l'entreprise (...), mais la faire connaître comme telle par les publics concernés »²². Vouloir changer les pratiques c'est aussi et avant tout communiquer sur ce changement.

La communication permet de dessiner l'avenir et de donner une signification au projet, elle rompt avec la routine et l'opacité. Il est vrai que les directions s'attachent souvent plus à ce qu'est l'établissement, qu'aux relations qu'il peut avoir avec l'extérieur, négligeant ainsi l'image que le public peut avoir de l'institution. Un établissement sanitaire et social peut certes être géré comme une entreprise mais il ne faut pas perdre de vue qu'il en diffère par la spécificité de ses missions qui ont un impact humain et social.

S'ouvrir vers l'extérieur est important pour un établissement qui est le premier employeur de la ville. Actuellement des recrutements sont envisagés au sein de l'hôpital, notamment dans le cadre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, communiquer autour du projet de restructuration permet de donner une image positive et vivante de l'établissement et ainsi d'attirer des soignants peu enclins à venir travailler en service de long séjour.

Communiquer le projet vers l'extérieur, c'est aussi aller le « vendre » aux partenaires que sont les DDASS et le Conseil Général : des enjeux que nous pourrions dégager et de la qualité de la communication, dépendront les financements qui seront accordés.

Faire connaître le service à l'extérieur en le dé-stigmatisant, revalorise le personnel qui y travaille et le remotive.

²¹ Saint Beuve

²² Weil P. , Communication oblige, Les éditions d'organisation, 1990, p.134.

B Sans reconnaissance pas d'implication

De plus en plus, les individus cherchent à satisfaire leur besoin de réalisation (Cf. la pyramide de A. Maslow), la preuve en est des théories de la motivation et du développement de la personnalité qui sont de plus en plus développées de nos jours. Les projets personnels et professionnels sont intégrés dans le projet de vie de chacun.

Travailler en long séjour est épuisant physiquement mais surtout psychologiquement.

Ce type de service est souvent le parent pauvre de l'hospitalisation car peu valorisé, il ne s'agit pas de lieux où l'on guérit mais de lieux où l'on aide.

Les personnels n'ont pas de valorisation probante de leur travail, surtout quand être soignant en service de long séjour est une sorte de sanction ou de « mise au placard ». A l'hôpital de Lodève, l'affectation en service de long séjour est considéré par le personnel comme une punition ou une affirmation de l'incompétence des personnes. Les relations humaines ont avant tout pour bases la valorisation et la considération. En aucun cas nous ne pourrions demander aux personnes que nous employons d'être motivées et de se dépasser si elles n'ont que du mépris pour l'établissement qui les emploie. Les manifestations probantes de l'épuisement professionnel sont : absentéisme, absence d'initiative, «turn-over » important dans les équipes. Sans reconnaissance, il ne peut y avoir d'implication.

Il est primordial de prouver au personnel sa spécificité et sa valeur professionnelle, ce qui peut être fait grâce au travail sur un projet.

Les soignants ont besoin d'être soutenus dans leurs demandes et entendus. L'hôpital de Lodève souffre de dysfonctionnements chroniques comme la plus part des établissements sanitaires et sociaux : absentéisme, mauvaise communication entre et dans les services.

Beaucoup de réflexions ont été menées sur la fin de vie et l'accompagnement. Les soignants forts de ces nouvelles connaissances et reconnaissance sont souvent frustrés de ne pouvoir les mettre en œuvre faute de services adaptés. Il nous a donc semblé intéressant, afin de remotiver les équipes, de traiter le projet grâce au management participatif.

Le management participatif est « une forme de management favorisant la participation aux décisions, grâce à l'association du personnel à la définition et à la mise en œuvre des objectifs le concernant »²³

²³ P. Hermel, Le management participatif, 1988

On peut définir quatre avantages au management participatif :

- Une vie interne à l'établissement: mobilisation, motivation, dynamisme, cohésion et esprit d'entreprise, créativité, communication.
- Une meilleure prise en compte de l'être humain : considération, épanouissement, implication, ambiance, bien-être.
- La performance : efficacité, rentabilité, qualité, meilleure utilisation des potentiels humains, synergie.
- La mise en œuvre du changement: survie, exigences liées à l'évolution, attentes sociales.

Pour la mise en œuvre d'une réflexion sur le projet de restructuration architecturale le management participatif a primé. Il ne s'est pas agi de décider pour faire valider par les équipes, mais de rechercher l'avis de tous pour le faire coïncider avec les possibilités des bâtiments actuels.

Le but recherché au cours de la réflexion sur ce projet a été de trouver un équilibre entre les impératifs institutionnels et l'épanouissement personnel des agents. Le changement architectural impose de repenser le fonctionnement interne et externe de l'établissement.

Nous avons fait attention, en utilisant le management participatif, à définir un cadre et un objectif de réflexion précis (restructuration architecturale du service de long séjour), à ne pas en abuser au risque de se décrédibiliser (une réunion par mois pendant sept mois), à étudier la taille et la composition du groupe de réflexion afin de faire primer l'interdisciplinarité.

La méthode de travail qui a été privilégiée est la réunion. Il ne s'est pas seulement agi non pas d'informer mais de mettre en relation les différents acteurs potentiels du projet. D'après une étude sur la communication²⁴, « une personne retient 10% de ce qu'elle entend, 20% de ce qu'elle entend et voit, 50% de ce qu'elle entend voit et fait, 80% de ce qu'elle entend, voit, fait, et qui la motive ». Les travaux de groupe ont donc cherché à réunir ces quatre derniers éléments. Selon K. Lewin, « la libre participation à la discussion augmente le degré d'implication, diminue les résistances et favorise l'adoption de nouvelles normes

²⁴ Baranski L., *Le manager éclairé - Piloter le changement*, Paris, Editions d'Organisations, nov. 2000.

partagées »²⁵. L'implication des personnels est nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre le changement, sans compréhension et intégration de la nécessité de changement, il est très difficile de changer.

Pour le professionnel repenser l'architecture en fonction des besoins des personnes accueillies permet d'enrichir son rôle propre, il devient créateur. Afin d'impulser une nouvelle dynamique de soins il est indispensable d'avoir un regard sur l'organisation des espaces individuels et collectifs, donc sur la relation entre les murs et ceux qui les habitent. La contribution des soignants, des soignés et des familles est essentielle.

C Méthode de travail : impliquer tous les usagers

Un groupe de travail a été constitué par le directeur, il est composé de :

- 2 infirmières,
- 4 Aides-soignantes,
- l'équipe de rééducation à savoir l'ergothérapeute et le kinésithérapeute,
- la surveillante du service,
- la surveillante chef,
- le directeur adjoint,
- le directeur
- la directrice stagiaire.

Un appel à candidature a été fait dans les services. Le personnel n'a pas semblé motivé par ce travail et la désignation des personnes a été difficile.

Le médecin du travail et le médecin chef de service ont été invités à participer aux réunions mais ne sont jamais venus.

Le projet servant de base à l'élaboration du mémoire, c'est la directrice stagiaire qui a mené les réunions et déroulé le fil du projet.

Les soignants sont majoritaires dans ce groupe afin que leurs avis priment sur les considérations économiques. Il a été fait appel au volontariat pour participer à ce groupe.

L'avis de tous les personnels et des familles des résidents a été recherché par questionnaires, ces derniers ont été élaborés lors des travaux de groupe.

Un architecte s'est adjoint à la réflexion dans un deuxième temps pour aider à l'élaboration du cahier des charges architectural en fonction des réponses aux questionnaires.

²⁵ Op. Cit., Ibid.

Avant de se lancer dans une réflexion purement architecturale, le groupe a réétudié et amendé le projet de vie du service afin qu'il corresponde à la réalité des personnes hébergées. Le projet de restructuration architecturale a été considéré durant tout le travail comme un outil de mise en œuvre du projet de vie, ce dernier a été le point de référence lors des réflexions.

Les réunions se sont déroulées de façon régulière (1 fois par mois de décembre à fin mai), à des horaires permettant la présence de tous (en début d'après midi après les transmissions). Sans pour autant en abuser, les réunions restent les lieux privilégiés de la communication professionnelle et de groupe. Les réunions permettent aussi au personnel de faire un travail de deuil en ce qui concerne l'institution idéale telle qu'il se l'est imaginé mais qui ne le sera jamais, et l'institution passée qui offre la sécurité car elle est connue mais qui ne peut plus être. Une des réflexions majeure entendue dans les services est : « De toute façon on nous demande notre avis mais à la fin on n'aura pas ce qu'on veut ».

Le travail du manager a été aussi de faire comprendre la distance qu'il y aura forcément entre l'idéal et la réalisation finale.

Les réunions ont servi de colonne vertébrale à l'action et de lieu de synthèse, mais les résultats proviennent avant tout du terrain par les questionnaires et l'observation des services.

Après avoir réétudier le projet de vie du service de long séjour il est apparu nécessaire de faire un état des lieux architectural par la simple observation des locaux. Afin d'avoir une grille de lecture, il a été convenu de se servir des différents éléments architecturaux évalués grâce à l'outil ANGELIQUE.

Une fois un état des lieux objectif réalisé, le groupe a souhaité opportun de prendre l'avis de tout le personnel sur le projet. Il s'agissait ainsi de ne laisser personne de côté et d'essayer d'impliquer les plus réticents. Un questionnaire a donc été élaboré par le groupe de travail à l'attention de tout le personnel travaillant en service de long séjour.

Il nous a semblé indispensable de prendre l'avis des résidents et des familles.

L'entretien a été la solution choisie afin de prendre l'avis des résidents. Une grille d'entretien a été élaborée, deux thèmes devaient être abordés au cours d'une conversation informelle :

- ⇒ comment ils se sentaient dans l'institution,
- ⇒ ce qu'il serait bon d'améliorer en terme de confort et d'architecture.

La surveillante du service a «sélectionné » les personnes les plus susceptibles de pouvoir suivre une conversation.

En ce qui concerne les familles, la méthode du questionnaire a été retenue du fait de l'éloignement de certaines familles, sachant qu'elles devaient toutes être interrogées. Le questionnaire avait pour but de prendre leur avis sur la restructuration du service où est hébergé leur parent mais la direction a décidé d'en profiter pour en faire un questionnaire plus général de satisfaction. Le questionnaire a été envoyé par courrier avec une enveloppe pour la réponse.

A chaque étape une date limite était retenue pour rendre compte au groupe des travaux effectués.

Une fois tous les renseignements récoltés, un architecte a été convié aux réunions du groupe de travail. Celui-ci a demandé aux personnels présents dans le groupe de définir, en tenant compte des résultats obtenus par observations, entretiens et questionnaires, les différentes entités fonctionnelles de chaque service et leur répartition dans l'espace avec leurs relations.

CHAPITRE 2.02 ETAT DES LIEUX

La réflexion s'est d'abord basée sur le constat de l'existant en étudiant les résultats donnés par l'outil d'auto évaluation ANGELIQUE.

Il a paru nécessaire au groupe de travail de rechercher l'avis de tous les usagers du service (résidents, personnels, familles).

A Observation objective des lieux

L'outil ANGELIQUE a été créé par la mission MARTHE, il s'agit d'un outil d'auto évaluation destiné à faire un bilan et un diagnostic d'un établissement ou d'un service hébergeant des personnes âgées et ce, dans le cadre de la réforme de la tarification.

Nous ne prendrons en compte ici que les résultats concernant une mise en cause de l'architecture du service de long séjour.

Les différents critères ont été évalués en équipe, la directrice stagiaire a rencontré les personnels sur leur lieu de travail à plusieurs reprises et sur des périodes différentes de la journée.

L'analyse des réponses a mis en exergue différents problèmes :

- ✓ Des locaux bruyants
- ✓ Des locaux mal isolés

- ✓ Un espace privatif qui n'est pas totalement aménageable selon les souhaits des résidents notamment dans les chambres doubles,
- ✓ Des hublots aux portes qui n'assurent pas l'intimité des personnes,
- ✓ Les circulations sont adaptées aux personnes en fauteuil roulant mais pas aux personnes mal voyantes,
- ✓ La nature des sols ne permet pas une sécurité optimale face aux chutes,
- ✓ Les chambres n'ont pas de sanitaires adaptés aux handicaps, il n'y a pas de douches dans les chambres,
- ✓ Vétusté technique du bâtiment (fluides, électricité, isolation, courants faibles, sécurités diverses)

Le service du Pont Romain a 60 chambres dont 22 simples et 38 doubles soit une proportion de chambre doubles de près de 40%. Les chambres doubles ont une surface de 20m² et les chambres simples 13.5m².

Les chambres se répartissent de part et d'autre de couloirs « borgnes » de 38m et de 28m.

Les salles à manger d'étage ont une surface de 40m². Les salons d'étages avoisinent les 16m². Au rez-de-chaussée une grande salle polyvalente de 130m² donne sur le jardin.

Seuls le 1^{er} et le 2^{ème} étage possèdent une infirmerie. Une infirmière est présente sur chacun de ces étages de façon continue dans la journée, pour les soins infirmiers le rez-de-chaussée et le premier étage (soit 52 résidents) sont couplés ainsi que le deuxième étage et le troisième (soit 44 résidents). A chaque étage une aide soignante est présente le matin, une est présente le soir et une autre fait un horaire coupé pour être dans le service lors des temps forts de la journée à savoir le matin pour les toilettes et le soir pour les repas.

La surface des lieux communs rapportée au nombre de personnes du service est disparate. Au rez-de-chaussée les pensionnaires ont accès à la grande salle polyvalente soit 6.5 m² par personne en moyenne. Peu de résidents des étages profitent de cette salle vu la proportion de personnes confinées au lit ou au fauteuil et ne quittant pas leur service. Au premier et au deuxième étage les résidents disposent de 1.75 m² si on prend en compte la salle à manger et le petit salon. Au troisième étage chacun dispose de 3.33m².

Les résultats de cet audit donnent déjà une première idée très technique des éléments architecturaux à améliorer.

B Résultat de la consultation des personnels²⁶

67 questionnaires ont été distribués auprès des agents travaillant au Pont Romain, 23 questionnaires ont été remplis soit un taux de retour de 34%.

100% des personnes qui ont répondu se sentent impliquées dans la restructuration de leur lieu de travail. Nous pouvons penser que seules les personnes intéressées ont rempli le questionnaire soit 34% des agents travaillant au Pont Romain.

Les motivations sont d'améliorer le confort des pensionnaires et d'améliorer les conditions et la qualité du travail.

L'image que les personnels se font du service est plutôt mauvaise (56.5% des réponses), par contre si on différencie par étages, les unités ayant le moins de résidents ont une meilleure image (rez de chaussée et 3^{ème} étage).

Pour que l'image du service s'améliore, les éléments relevant d'une réflexion architecturale qu'il faudrait améliorer sont:

- ✓ La luminosité, ajouter les services, faire entrer la lumière naturelle,
- ✓ Inverser le rapport entre chambres individuelles et chambres doubles,
- ✓ Pouvoir accéder aux terrasses des étages avec des fauteuils roulants,
- ✓ « Couper » les longs couloirs
- ✓ Aménager un espace « accueil » à chaque étage

En règle générale (60%), le personnel n'hospitaliserait pas un parent dans le service exception faite pour le troisième étage.

Les personnes qui seraient d'accord pour que leur parent soit hébergé dans le service, donnent comme raisons principales la qualité des soins et l'hygiène.

70% des personnes ayant répondu, pensent que le service n'est pas accueillant. Les commentaires sont axés sur le manque d'accueil, sur la tristesse et le manque de luminosité.

Au niveau visuel ressortent le manque de luminosité et la tristesse des couleurs.

Au niveau de la température, sont soulignés les fortes chaleurs l'été et le froid l'hiver.

Au niveau auditif, le manque d'insonorisation est important.

²⁶ Le questionnaire envoyé aux personnels se trouve en annexe n°III

Toutes les personnes ayant répondu pensent que le service n'est pas adapté à la population qu'il accueille, les raisons sont :

- ✓ Les risques de fugues, pas de vision sur les issues de sortie, trop d'issues, surveillance difficile (office éloignée des résidents, témoins des chambres non visibles...)
- ✓ Des locaux pas adaptés aux handicapés, des salles de bains inadaptées,
- ✓ Pas assez de luminosité, tristesse des lieux,
- ✓ Des couloirs trop longs
- ✓ Pas de repères pour les résidents.

Les besoins qui ne peuvent être satisfaits dans les locaux actuels sont les suivants :

<u>Besoins non satisfaits</u>	<u>Raisons</u>
• Sécurité/chutes • Intimité • Animation, activité • Fin de vie dans de bonnes conditions • Hygiène	⇒ Encombrement des locaux, unités trop grandes ⇒ Chambre à 2 lits, hublots, douche commune ⇒ Manque de salle d'activité dans les services ⇒ Manque d'intimité dans les chambres à deux lits ⇒ Salles de bains inadaptées

L'architecture actuelle est, selon certains aspects, un frein aux droits et libertés des personnes. La première raison citée est l'existence de hublots sur les portes et un trop grand nombre de chambres à 2 lits, vient ensuite l'isolement des personnes âgées qui restent en service ou dans leur chambre. Les solutions envisagées sont de réaliser des petites salles d'activités à chaque étage et de faire des unités plus petites.

La sécurité des personnes n'est pas respectée : les angles morts, les accès non protégés aux escaliers, les chambres petites et encombrées ne permettent pas une sécurité optimale pour les résidents.

87% des personnels pensent que les locaux ne permettent pas la personnalisation des chambres. Les chambres sont trop petites et il y a un trop grand nombre de chambres doubles. Des chambres individuelles permettraient plus d'intimité et il serait indispensable d'agrandir les chambres afin que les personnes puissent y installer du mobilier personnel.

Les lieux de vie ne permettent pas aux résidents d'avoir une vie sociale (74% des réponses). Des petits salons manquent lors des visites des familles, les lieux de vie communs sont à améliorer.

Pour 87% des personnes ayant répondu, il est nécessaire de regrouper les résidents présentant les mêmes troubles.

Les unités qui permettraient le mieux la prise en charge des personnes âgées sont visualisées rondes ou hexagonales, cette vision de l'espace géométrique idéale est de fait en totale opposition avec les services actuels conformés en longueur. Nous pouvons donc voir s'exprimer ici le désir de changement et la pénibilité du travail dans des services en longueur.

61% des personnes pensent que les unités ne devraient pas dépasser 15 résidents, 35% se prononcent pour des unités allant jusqu'à 20.

Les salles à manger ne sont pas adaptées selon l'avis de 96% des personnels. Il faut en augmenter la taille, adapter le mobilier, améliorer la luminosité et les centraliser par rapport au service. Les résidents ne prennent pas tous leur repas à la salle à manger, le plus souvent à cause de leur état de santé. Si tous les résidents pouvaient prendre leurs repas dans la salle à manger, cela serait impossible du fait du manque de place.

La circulation verticale et horizontale n'est pas aisée pour les personnes en fauteuil roulant ou en déambulateur (61% des réponses). Les couloirs sont trop longs et trop étroits. La circulation dans les chambres est très difficile à cause de leur petitesse. L'accès aux ascenseurs est difficile avec un lit. Les bandes de raccords au sol entravent la circulation.

Lorsqu'on aborde les conditions de travail, le personnel énonce les améliorations suivantes à apporter : pas de longs couloirs, un office central, salle de bains et W.C adaptés dans chaque chambre, terrasses accessibles, salles à manger accueillantes et gaies dans chaque service, couleurs et décoration plus gaie, salle de soins adapté, plus de locaux de rangement.

La dernière question avait pour but de « dessiner » le service idéal, les productions n'ont pas été nombreuses mais elles sont néanmoins de qualité du point de vue de la réflexion²⁷. Elles montrent le désir de cassure avec l'architecture « hospitalière » à longs couloirs. On y ressent la difficulté actuelle de surveillance, les services dessinés sont de formes plus rondes avec des salles de soins et offices centraux. Les parties communes sont mises en exergue, les services actuels ayant peu d'espaces pour la vie communautaire.

²⁷ Cf. Annexe IV

C Résultat de la consultation des résidents et des familles ²⁸

Les entretiens prévus avec les résidents ont eu lieu mais n'ont pas donné de résultats exploitables. Nous avons rencontré cinq personnes, quatre femmes et un homme. Deux personnes sont logées en chambre individuelle et les trois autres en chambres doubles. Les entretiens ont eu lieu pour quatre des personnes dans leur chambre et pour une dans la salle à manger.

L'observation des chambres nous a montré que les deux chambres individuelles sont mieux personnalisées que les chambres doubles. Les deux personnes ayant une chambre individuelle y ont installé des photos, un réfrigérateur, une télévision et différents objets personnels de décoration ; dans les chambres doubles, la personnalisation se limite à une photo ou un cadre.

L'observation nous a plus renseigné que les entretiens eux-mêmes, en effet sur les cinq personnes rencontrées une seule pouvait réellement tenir un discours cohérent et suivi. Cette personne regrette de ne pouvoir accéder au balcon (elle est sur un fauteuil roulant) et de ne pas sortir plus souvent de sa chambre. Pour elle, il serait nécessaire d'agrandir un peu les chambres car la circulation y est difficile. Mme C ne voit rien d'autre à dire sur le service.

En ce qui concerne les familles, toutes ont reçu un questionnaire, celui ci ne se limite pas à des questions architecturales car il nous a semblé intéressant de profiter de cet outil pour prendre l'avis des familles sur des sujets parallèles. Ne seront donnés ici que les résultats nécessaires à notre travail.

72 questionnaires ont été distribués aux familles des résidents et aux tuteurs. Il est à noter qu'un tiers des personnes hébergées n'ont plus de famille mais un tuteur.

Nous avons obtenu 42 réponses soit 58.3%, réparties équitablement selon les services.

La première impression en venant dans le service a été « plutôt bonne » pour 44% des familles.

²⁸ Le questionnaire envoyé aux familles se trouve en annexe n°III

Pour les personnes ayant eu une bonne impression du service, c'est grâce à l'accueil et au dévouement du personnel.

Pour les personnes dont l'impression a été plutôt mauvaise, les causes principales sont la tristesse des locaux et le manque de lumière extérieure. La comparaison avec la maison de retraite est souvent évoquée.

L'image du service Pont Romain est « plutôt bonne » selon 44% seulement des réponses.

Pour que l'image du service s'améliore il faudrait :

- ✓ Augmenter le nombre de chambres individuelles et les équiper de salles de bains adaptées aux personnes âgées handicapées,
- ✓ Avoir un point d'accueil dans chaque service,
- ✓ Faire un effort sur la décoration des locaux surtout dans les étages.

Les raisons du choix de l'hôpital local de Lodève pour placer un membre de la famille sont :

1. la qualité des soins(35%),
2. la proximité (31%),
3. l'hygiène et la propreté (25%),
4. la qualité de l'hébergement(17%),
5. le prix(11%).

Le service est accueillant grâce à son personnel. Il propose un cadre de vie visuel relativement agréable mais manque de couleurs et est sombre. Les locaux sont mal isolés et les variations de la température extérieure se ressentent de façon trop importante à l'intérieur.

Le service du Pont Romain n'est pas adapté architecturalement à la population qu'il héberge, les chambres sont trop petites, il manque des chambres individuelles, il n'y a pas de lieux pour recevoir les familles (petits salons), la luminosité est insuffisante et il n'y a pas de douches dans les chambres.

D'après 34% des familles, le service répond aux besoins de leur parent. Pour les personnes ayant répondu que le service répond aux besoins de leur parent, les raisons sont : un personnel compétent, une petite unité pour le 3^{ème} étage.

Pour les personnes ayant répondu que le service ne répond pas aux besoins de leurs parents, la raison est : le manque de personnel.

Pour 50% des familles ayant répondu, la personnalisation des chambres ne peut se faire et n'est pas satisfaisante du fait de chambres trop petites et non individuelles, de l'uniformité des couleurs des chambres et de la décoration.

Afin de pouvoir personnaliser le séjour de chacun des résidents, il serait souhaitable de pouvoir installer des petits meubles personnels, disposer de chambres individuelles, personnaliser la décoration.

Les familles trouvent que les lieux permettant l'intimité lors des visites sont suffisants (petits salons) mais par contre il n'y a pas d'intimité dans la prise des repas avec des invités. Le fait de regrouper les personnes par type de pathologie partage les familles, par contre elles sont d'accord pour dire que les unités doivent comprendre de 15 à 20 résidents.

L'aménagement des salles à manger ne leur semble pas adapté, il faudrait qu'elles soient plus grandes, plus lumineuses et plus gaies. La grande salle à manger du rez-de-chaussée est appréciée, par contre pour les personnes qui n'en profitent pas, celles des étages ne sont pas assez grandes. Certaines personnes jugent même la salle à manger du rez-de-chaussée inutile dans sa grandeur par rapport au nombre de personnes qui restent dans les étages et à celles qui en profitent.

La circulation des résidents est perturbée par des couloirs et des chambres encombrés et étroits, le problème de liaison entre le Pont Romain et le reste de l'hôpital est soulevé.

Les priorités au niveau architectural pour les familles sont donc :

- ✓ Des chambres plus grandes et plus gaies
- ✓ Rapprocher les chambres du centre de vie, casser les longs couloirs afin d'avoir une meilleure surveillance des résidents
- ✓ Aménager des salles d'activités dans les étages
- ✓ Aménager des salles de bains adaptées dans chaque chambre
- ✓ Améliorer la communication avec le reste du bâtiment

D Résultats et analyse de la méthode de travail

L'efficacité du travail en petit groupe a été très importante, à chaque réunion était fixé un but pour la suivante avec une mission à accomplir pour chacun dans le temps intermédiaire.

Un projet de changement provoque des résistances : « ça ne verra jamais le jour, on travaille pour rien », « la direction veut notre avis mais elle ne s'en servira pas »²⁹.

Il est très difficile de faire le deuil d'une situation stable, de réorganiser les pratiques professionnelles. Tout projet s'élabore en partageant les points de vue et en ne donnant pas de priorité aux idées, l'idée de l'agent de service ayant autant de poids sinon plus que celle du directeur.

Les résultats des questionnaires ont été répercutés dans les services et affichés afin de rendre compte du travail à l'ensemble des personnes intéressées.

La tenue des entretiens nous a mis devant un paradoxe : malgré notre désir de mettre le résident au centre de notre réflexion et de le faire participer, nous sommes limités par l'état psychique des personnes accueillies au service de long séjour de l'hôpital de Lodève. Les besoins pris en compte seront donc ceux des personnels et ceux des résidents vus par l'œil des familles et des personnels.

Au fur et à mesure de l'avancement des travaux, et surtout lors de l'intégration dans le groupe de travail de l'architecte, les personnels (faisant partie du groupe de travail ou non) se sont plus impliqués dans le projet. L'intervention de quelqu'un d'extérieur, mais surtout de la ville de Lodève, a permis aux agents de réaliser la « vérité » du projet. Ils se sont rendu compte qu'il ne s'agissait pas de « tirer des plans sur la comète », comme le faisait remarquer un des employés, mais bien de réfléchir sérieusement à l'avenir.

La dynamique de groupe a permis :

- ↳ De mettre en place une idée professionnelle positive, de faire prendre conscience au personnel de leur créativité et de leur importance auprès des personnes âgées,
- ↳ De faire prendre conscience des enjeux de l'architecture dans les relations entre professionnels et avec les personnes âgées et les familles,

²⁹ Réflexions des personnels entendues dans les services.

- ↳ De trouver du plaisir et de l'intérêt à l'échange entre professionnels dans la reconnaissance de l'autre,
- ↳ De partager différents points de vue dans une réflexion sur la qualité et le sens des soins en gérontologie.

Ces travaux de groupe ont permis de mettre en place un cahier des charges architectural afin de rénover le service du long séjour. Les réflexions ont été menées sans contrainte de normes et d'effectifs. Il ne s'agit là que de la description d'un environnement qu'il faudra ensuite adapter aux réalités matérielles des locaux existants en mettant en place une étude sur la faisabilité opérationnelle, ceci doit être réfléchi par l'architecte (construction d'une unité tiroir, où, comment et à quelle fin sur du long terme).

L'exploitation des questionnaires a révélé des redondances dans les réponses à différentes questions, ce qui a permis de vérifier les réponses.

Le groupe de travail comprenant le personnel de direction n'a pas permis l'expression totale des idées et a ôté de la dynamique au groupe.

Réfléchir sur la restructuration architecturale du service de long séjour a permis d'entamer une réflexion sur le changement des habitudes et ainsi d'amorcer la discussion sur la mise en place des 35H. Restructurer les locaux est synonyme de remaniement d'équipe, de réorganisation du personnel. Ainsi l'idée d'un office central servant à faire la vaisselle pour tout le service de long séjour a été adoptée, permettant ainsi des économies d'échelles notamment en matière de personnel.

Chaque unité devra être identique en matière d'organisation des ressources humaines, s'interroger sur le fonctionnement au présent a permis aux agents de prendre en compte le fonctionnement futur en y intégrant la composante « 35H ».

Le problème des effectifs n'a pas été traité en réunions car il fera l'objet d'un autre groupe de travail en relation avec la réflexion sur les 35H, mais il est certain que la restructuration architecturale engendrera des modifications de fonctionnement humain. Le rôle de chaque catégorie d'acteurs devra être abordé plus particulièrement, afin d'adapter la présence et les compétences des personnels aux besoins des usagers.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

Réfléchir sur l'architecture du service de long séjour nous a amené à réfléchir sur les relations de ce service avec les autres unités de l'hôpital mais aussi sur ses relations avec l'extérieur. L'architecture conditionne les comportements des usagers. Le directeur doit donc se servir de la restructuration comme d'un tremplin pour communiquer en interne comme en externe. « Communiquer, c'est mettre en commun »³⁰, les travaux du groupe ont permis de partager un objectif commun et de construire un système de valeurs grâce à des relations suivies, vivantes et enrichissantes.

Travailler en service de long séjour est usant physiquement et psychologiquement, la reconnaissance de la qualité du personnel y est donc indispensable si on ne veut pas arriver à l'épuisement des équipes. Mobiliser le personnel autour d'un projet permet de remotiver. Rechercher l'implication démontre l'importance et la valeur qui sont accordées aux agents. Un projet de cette ampleur ne peut être porté seulement par la direction.

Faire participer les résidents et les familles est nécessaire mais pas forcément aisé. L'institution n'est pas habituée à travailler avec les familles et vice-versa. Les établissements sont trop souvent considérés par les familles et les résidents comme immuables, intouchables et tous puissants, cette vision doit pouvoir être changée en devenant des collaborateurs indispensables (rappelons qu'un représentant des familles du service du long séjour est membre du conseil d'administration de l'hôpital).

L'état des lieux effectué montre la nécessité de remanier l'architecture du service de long séjour. L'idée générale qui ressort de ces préalables est que le service de long séjour est avant tout un lieu de vie et non un service hospitalier et que l'architecture doit refléter ce fait. Le service n'est pas adapté à la population qu'il accueille, la qualité de vie des usagers (personnels et résidents) en est perturbée.

De ces travaux est né un cahier des charges qui servira de base à la mise en œuvre d'un concours architectural.

³⁰ Poilroux R., *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, Paris, Edition Berger Levraut, Collection Audit Hôpital, 2000.

PARTIE III. POUR DES MURS PLUS HUMAINS

*« La grande différence entre les médecins et les architectes, c'est que les architectes
n'enterrent pas leurs erreurs »*

Proverbe Volapük

L'aboutissement de cette réflexion est d'arriver à définir les exigences architecturales d'un service accueillant des personnes âgées dépendantes. En gériatrie, espaces de vie et espaces de soins se rejoignent, pour la personne âgée ils ne font qu'un. Il est très important de définir avec soin les caractéristiques architecturales car il va falloir vivre dans les lieux vingt ou trente ans avant d'entreprendre une nouvelle restructuration. Il faut envisager l'avenir pour prévoir le futur.

La disposition des locaux est très importante, il est donc nécessaire d'aménager dans l'espace les différentes entités fonctionnelles : des chambres autour de longs couloirs ont une connotation très hospitalière par exemple. Penser la disposition et l'aménagement des différentes parties du service est la première étape. Les objectifs sont de garantir la sécurité et la liberté d'aller et venir pour les pensionnaires, de permettre aux soignants de bénéficier de conditions de travail adéquates.

Une fois l'approche fonctionnelle envisagée, nous nous pencherons sur tout ce qui définit un environnement. Nous avons pris le parti de traiter cela selon une approche sensorielle. En effet comme le fait remarqué E. Hall³¹, c'est bien avec quatre de nos cinq sens que nous appréhendons notre environnement : l'ouïe, l'odorat et la vision sont des récepteurs à distance, le toucher est le récepteur immédiat. Avec la vieillesse, la finesse de perception de nos sens s'émousse, il est donc primordial d'en tenir compte. Plus les stimuli, dégagés par l'environnement, seront adaptés et plus les usagers³² auront du plaisir à être dans ces murs.

Enfin il est nécessaire d'aborder la question financière ainsi que celle de la faisabilité. Il s'agit ici d'un projet important qui nécessite la mise en œuvre de certaines procédures administratives concernant les marchés publics et notamment l'organisation d'un concours d'architecture.

³¹ E.T. Hall, *La dimension cachée*, Paris, édition du Seuil, collection Points, 1978.

³² Dans cette dernière partie il est important de comprendre le terme usagers comme l'ensemble des personnes « utilisant » ces lieux, à savoir, les résidents, le personnel, les familles, les bénévoles.

CHAPITRE 3.01 DISPOSER LES ENTITES FONCTIONNELLES POUR HARMONISER LIEUX DE VIE ET LIEUX DE SOINS

La mise en adéquation de la fonction soignante et du lieu de vie est primordiale.

Trop souvent, dans les réflexions architecturales, les lieux autres que les chambres ont été oubliés. Il est nécessaire de repenser les espaces de promenade, de déambulation, de communication et de dialogue. Il est très important de concilier, au niveau architectural, les trois niveaux suivants :

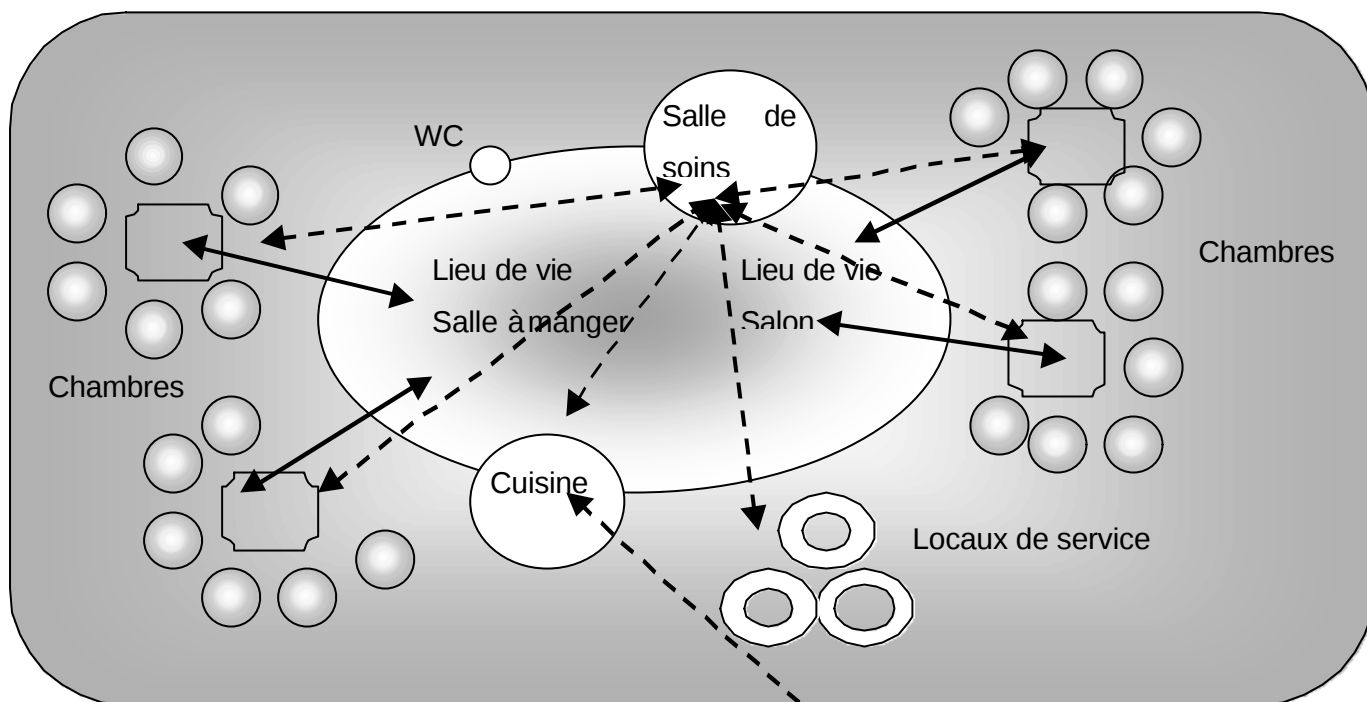
- ❖ L'intimité représentée par la chambre qui renvoie au logement,
- ❖ La convivialité représentée par les salles à manger et salons d'activités renvoyant à la vie de quartier, à la place du village,
- ❖ Le spectacle de la vie représentée par l'aire de services symbolisant la rue commerçante.

Les différentes relations fonctionnelles entre ces niveaux architecturaux sont exprimés par le personnel au travers de schémas fonctionnels, la finalité étant d'adapter de façon ergonomique le service aux personnes âgées et au personnel. Chaque lieu aura une vocation particulière en terme de territoire et d'espace.

Il convient d'optimiser les relations entre les différentes entités du service selon leurs usagers. Les schémas ci-après définissent l'organisation voulue par les personnels pour eux même et les résidents.

Les contraintes du bâtiment existant ont amené le groupe de travail à penser chaque service comme une unité autonome de 24 lits divisée en deux sous unité de 12 lits. Sachant que l'idéal serait des services de 12 lits.

Service

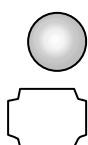
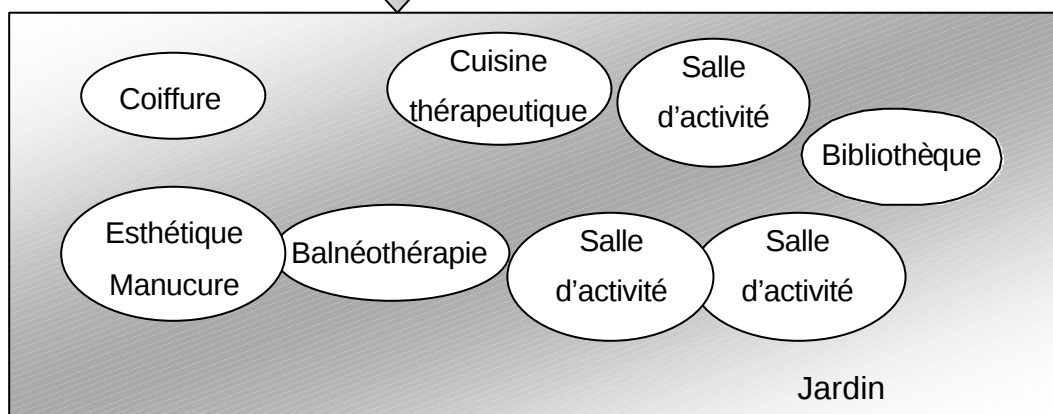


Bureau de
la
surveillante

Accès protégé

Local
vaisselle

Pole d'activité



Chambre à un lit

Lieu de discussion

Lieu de repos, coupe la monotonie du couloir

↔ Circulation résidents

⋯ Circulation personnel

A L'intimité : la chambre

La tendance est aujourd'hui dirigée vers la chambre individuelle dans le souci de favoriser l'intimité. Lors du concours lancé par l'AP - HP sur l'architecture du grand âge, les spécialistes des longs séjours ont pu montrer que le respect de l'intimité ne passait pas forcément par la chambre individuelle ; « à l'heure où les visiteurs s'en vont, bien des résidents préfèrent être en chambre double plutôt que d'avoir à affronter l'angoisse de la solitude et ce, même en cas de conflit avec le compagnon que l'affectation des lits leur a valu » déclare Philippe Picard³³.

Malgré cela, il est indéniable que la chambre est le lieu "pour soi" par excellence. Rowles note *"que le besoin d'un chez soi est un impératif fondamental"*³⁴.

Les chambres seront disposées de telle façon que le personnel puisse exercer une surveillance depuis le lieu où il se tient. Elles donneront sur les lieux de communication ou des salons d'étage.

La réflexion menée au sein du groupe de travail s'est orientée vers une majorité de chambres simples et moins de 10% de chambres doubles sachant que ces dernières seront deux chambres simples, communicantes à la demande par une cloison amovible. Les dimensions des chambres devront respecter les recommandations en vigueur³⁵, l'équipe s'est prononcée pour une surface de 20m², ce qui permettra aux pensionnaires d'installer des meubles personnels sans surcharger l'espace. La chambre doit pouvoir se diviser en plusieurs espaces d'appropriation avec la possibilité de répondre plus en terme de studio que de chambre (cela renvoie à la divisibilité fonctionnelle du territoire), ainsi deux zones peuvent être différenciées, une zone de sommeil et une zone de repos et de visite. La chambre n'est pas seulement le lieu du sommeil et de la toilette, c'est aussi le lien avec le passé, il est donc nécessaire de pouvoir l'aménager avec des objets personnels.

La chambre doit être adaptée aux handicaps et doit pouvoir évoluer en fonction de ce dernier. Des barres d'appuis seront installées, les portes permettront le passage d'un fauteuil roulant sans difficultés (1.20m de largeur). Le lit devra être médicalisé, à hauteur variable. Dans la chambre, l'équipe s'est prononcée pour des télévisions murales et une possibilité

³³ Philippe Picard, op,cit.

³⁴ Rowles G.;, "A place to call Home", in Laura L. Carstensen and Bassy A Edelstein, Handbook of Clinical Gerontology, New York, pergamon press, 1987.

³⁵ Annexe 1 à la loi du 24 janvier 1997.

d'installer le téléphone dans chaque chambre, favorisant ainsi la communication avec l'extérieur. Les placards devront s'ouvrir à la française afin que la personne puisse voir ses affaires d'un seul coup d'œil. Les étagères devront être amovibles afin de s'adapter à la taille de la personne ou au fait qu'elle soit en fauteuil roulant. Les interrupteurs doivent pouvoir être accessibles facilement, les soignants souhaitent la mise en place de veilleuses se déclenchant aux mouvements (s'asseoir dans son lit) ce qui permettrait d'éviter les crises d'angoisses pour certaines personnes ainsi que les chutes dues à une mauvaise visibilité la nuit. Il est nécessaire de pouvoir moduler l'intensité de la luminosité.

Chaque chambre sera personnalisée avec une couleur différente, l'architecte évitera la standardisation dans la disposition des lieux, les mobiliers pourront se placer de façons différentes à la guise et aux besoins des résidents. Le libre aménagement doit être possible et favorisé par l'architecture.

La salle de bain individuelle permet, outre de se laver, de se préparer à sortir de son espace intime pour aller vers les autres. Les chambres seront équipées de salles de bain avec douches intégrées, permettant l'accès avec un fauteuil roulant. Un siège rabattable doit être disposé dans l'espace douche. Des barres d'appuis seront installées dans la salle de bain. Le miroir sera pivotant afin que la personne puisse se voir qu'elle soit assise ou debout. Les vasques seront encastrées dans un plan de toilette permettant ainsi de poser les différents objets nécessaires à la toilette. Les WC devront être rehaussés et adaptés aux handicaps, ils seront suspendus afin de faciliter l'entretien. Il faut que les WC soient implantés de façon à en permettre l'accès en fauteuil roulant. Il est important de prévoir une zone libre de rotation pour les personnes en fauteuil roulant ainsi que des dimensions suffisantes pour permettre la présence d'au moins un aidant. Il convient d'éviter tout équipement complexe et de favoriser les équipements d'utilisation simple qui restent plus facilement et plus longtemps dans la mémoire des personnes âgées. L'aménagement de la salle de bain sera pensé de façon à ce qu'elle soit modulable et adaptable suivant les handicaps, les hauteurs des différents éléments doivent pouvoir varier.

Les balcons doivent être conservés mais il est nécessaire d'en adapter l'accès aux fauteuils roulants. Les fenêtres doivent pouvoir être facilement ouvertes.

B La convivialité : lieux de vie et lieux de soins

L'aménagement des espaces devra éviter le rappel de l'unité d'hospitalisation : pas de longs couloirs. Les lieux collectifs doivent permettre de rompre la solitude des personnes et les inciter à se déplacer. Les espaces doivent favoriser la communication et la socialisation. Les différents étages seront vus comme des quartiers ayant une vie sociale propre. La dimension retenue pour les lieux communs sans compter les circulations est de 6m² par personne, ce chiffre permet à chaque résident de conserver s'il le souhaite une certaine distance avec autrui.

Un lieu (commun à tous les étages) doit être prévu pour les fêtes et événements particuliers.

Il est important que les résidents qui ne peuvent se déplacer puissent rester en contact avec l'extérieur, des terrasses seront aménagées en mini jardin et accessibles en fauteuil roulant.

Salons d'étage

Les salons d'étage peuvent être considérés comme des placettes permettant la rupture avec le long couloir. Ils devront être à la fois des lieux de repos et de détente mais aussi des lieux de communication et d'échange. Ils seront assez grands pour y pratiquer une activité ou y disposer des sièges, un point d'eau y sera positionné.

Ils jouent le rôle d'espace de sociabilité, des fauteuils y seront installés autour d'une petite table afin de favoriser la communication. Un effet sociopète y est recherché.

L'accueil

C'est le lieu privilégié où arrivent ascenseurs et escaliers, c'est le premier contact avec le service et en servant de salon il permet aux résidents de voir tout ce qui se passe. C'est un lieu chaleureux et sécurisant. Ici devra se trouver un espace permettant l'affichage d'informations pour les usagers. L'accueil est la limite entre l'espace social et l'espace public.

Salle à manger et office

L'existence de salles à manger collectives est une nécessité, elles sont un espace de convivialité et de rencontre. Les équipes ont voulu une position centrale pour les offices et la salle à manger. L'office ne sera en fait qu'une cuisine relais, les repas arrivant par liaison chaude de la cuisine. Une salle permettant de faire la vaisselle pour tous les étages devra être prévue. L'office sera ouvert sur la salle à manger par un comptoir (style cuisine

américaine), il y sera intégré. Une cuisine ouverte sur le lieu de vie permet de faire participer les personnes âgées aux activités du service et facilite la surveillance.

Le mobilier permettra une bonne installation des résidents en fauteuils roulants. Il est nécessaire de prévoir autant de place que de personnes hébergées. La salle à manger sera traitée de façon à être ouverte sur l'extérieur (proche de la terrasse), elle sera lumineuse et décorée pour être accueillante. Il faut attirer l'attention sur la table afin de donner l'envie de rester (éclairage, bouquet de fleurs, nappes décorées...). Le lieu doit être très convivial et agrémenté selon les goûts et habitudes des personnes.

Des WC devront être prévus à proximité de la salle à manger, en règle générale, il faudra multiplier les points toilettes pour permettre un accès rapide.

Salle de soins

Il s'agit du lieu de préparation, de gestion et de coordination des soins.

Le positionnement de la salle de soins doit être stratégique, au cœur du service. Elle est vitrée pour permettre un échange total entre soignants et personnes âgées. L'espace est découpé en trois zones : un espace dit propre de préparation, un espace «sale » et un bureau. Ces différentes pièces doivent se trouver dans la continuité les unes des autres, elles permettent la marche en avant du sale vers le propre. Le bureau donne sur le coin de préparation des soins.

Le bureau infirmier prévoira un poste de travail avec un micro-ordinateur et une armoire pour le rangement des dossiers. Le coin de préparation propre comprendra un plan de travail, l'armoire à pharmacie, et un point d'eau permettant le lavage des mains. Le coin sale aura une paillasse humide et une paillasse sèche. L'équipement mobilier devra prévoir des guéridons, un réfrigérateur, un tableau...

Locaux de service

Un espace lingerie (linge propre) sera installé, il sera ouvert sur le service permettant aux personnes âgées de participer à la vie quotidienne du service.

Le service devra comprendre aussi un local pour le linge sale, un local ménage avec un vide bassin, un local déchets. Il est important de ne pas sous dimensionner ces locaux car le risque est d'induire des difficultés de fonctionnements et donc une mauvaise qualité de vie pour le personnel.

En dehors de chaque service sera prévu un office relais permettant de faire la vaisselle pour toute l'unité, un local de dépôt de matériel, un local vestiaire et les bureaux de la surveillante et du médecin.

C Le spectacle de la vie : le pôle de service

Le pôle de service sera situé de préférence au rez-de-chaussée afin de s'ouvrir sur le jardin, il comprendra : une cafétéria, un salon de coiffure, un cabinet d'esthétique, une salle de kinésithérapie, des salles d'activités diverses, une cuisine permettant des activités de cuisine thérapeutique, un lieu de culte. Ce pôle pourra rappeler la rue commerçante d'un village. Ces « boutiques » seront ouvertes à la fois sur l'intérieur (rue) et sur l'extérieur en donnant sur le jardin. Il s'agit ici de recréer le lien social.

Une salle d'ergothérapie et une salle de kinésithérapie existent déjà dans l'établissement. Les salles d'activités prévues ici serviront à des petits groupes, la taille à prévoir est donc de 30 à 40 m² par salle. Une salle isolée phoniquement sera installée plus particulièrement pour l'écoute de la musique.

Le local de balnéothérapie remplace la salle de bains commune. Il s'agit à la fois d'un lieu d'hygiène, de soins et d'esthétisme ; il doit s'agir d'un lieu assez vaste. Cette salle de bain sera située à proximité du salon de coiffure, une pièce attenante sera la salle d'esthétique, de manucure et pédicure. Un lavabo conçu avec un plan de toilette est à prévoir, ainsi qu'une baignoire à hauteur variable. Une seule salle de bain avec baignoire est donc prévue pour tous les étages. On constate que le bain est un soin qui prend du temps et qui est rarement donné par manque de personnel, l'accent est donc mis sur la qualité du soin, le lieu qui lui est dédié doit être agréable et chaleureux, il s'agit d'un instant de relaxation loin du stress du service, voilà pourquoi ce lieu est délocalisé dans le pôle de service. Le salon de coiffure existe déjà mais pourra être amélioré dans sa décoration et sa fonctionnalité.

La cafétéria ouvrira sur le jardin, les familles et les résidents pourront y boire un rafraîchissement. Les repas avec les familles seront servis dans ce lieu. Les personnes pourront y trouver des produits de première nécessité. La presse quotidienne sera disponible. Divers distributeurs seront installés afin de répondre aux besoins des usagers, et d'attirer les visiteurs dans ce service excentré de l'hôpital.

Le service doit s'ouvrir sur la vie extérieure, le parc peut être ouvert au public et des jeux d'enfants y être installés. Les salles d'activités ou la bibliothèque pourront servir de salons d'exposition temporaire pour les membres du personnel qui ont des talents d'artistes, les résidents, les familles ou pour toute personne extérieure.

Un lieu de culte devra être prévu pour les confessions autres que catholiques, l'hôpital disposant déjà d'une chapelle. Une des salles d'activités pourra être aménagée à cet effet.

Une cuisine permettant la préparation des repas avec les résidents sera prévue. Elle devra être largement ouverte sur l'espace restaurant de la cafétéria. Elle doit être conçue à l'image d'une cuisine courante dans un logement, la forme doit faciliter les déplacements intérieurs. Des plans de travail de hauteurs différentes doivent être aménagés pour les personnes debout et en fauteuil roulant.

La distribution des différents locaux du rez-de-chaussée devra être traitée comme une rue. La luminosité sera importante pour créer cette ambiance ainsi que tout ce qui fait la décoration intérieure. Les personnes devront pouvoir se sentir dans la cité, les décorations murales rappelleront les lieux les plus représentatifs de la ville de Lodève. Des endroits prévus pour le repos devront être disposés de part et d'autre de cette « rue ».

CHAPITRE 3.02 PERCEVOIR LES LIEUX DE FAÇON POSITIVE

Les personnes âgées ont des capacités sensorielles diminuées (vue, ouïe, odorat...) il est très important de travailler sur les formes et les matériaux afin de garder les sens en éveil. La thérapie passe par l'adaptation des locaux et la création d'une harmonie entre l'environnement et les organes sensoriels.

Comme nous l'avons abordé plus haut, la perception que nous avons de notre environnement est donnée par nos sens, pour le personnel la qualité de vie au travail dépend des stimuli envoyés par l'espace qui nous entoure.

Ces quelques réflexions serviront d'orientation pour l'architecte qui aura néanmoins les contraintes des locaux existants et des normes de sécurité.

Ce paragraphe sera décliné en fonction des sens qui sont concernés par l'architecture.

A La vue

Couleurs, luminosité et aspect visuel en général sont très importants non seulement pour les résidents mais aussi pour les personnels, les familles, les visiteurs. Chacun les aborde sous un angle psychologique particulier, c'est ce qui conditionne le ressenti du lieu. La vue a pris chez l'homme la première place en tant que source d'information à distance. Une déficience visuelle vient souvent aggraver la déficience d'un des autres sens passée inaperçue.

Du côté des résidents

La luminosité est très importante, lorsque l'éclairage naturel est utilisé, il donne de nombreuses informations sur le temps qu'il fait et les heures de la journée. Ce qui est reproché au bâtiment actuel est le manque de luminosité naturelle, il semble donc primordial de combler ce manque en faisant entrer le soleil par des puits de lumière. L'éclairage de la salle à manger doit être centré sur la table, dans les salons les sources lumineuses doivent être placées près des fauteuils.

Dans la chambre, territoire personnel, il est important de pouvoir moduler la lumière afin de créer des ambiances différentes selon le moment de la journée ou l'activité des personnes. Dans la chambre un éclairage central est nécessaire mais il doit être complété

par des lampes permettant la lecture au lit sans éblouir. Une veilleuse s'allumant grâce à un détecteur de mouvements sera installée afin d'éviter que la personne ne se retrouve, la nuit, dans le noir total si elle se réveille.

Le choix des couleurs dans les lieux communs ou les chambres doit être fait de façon judicieuse en fonction des sensations qu'elles procurent. Les couleurs modifient la température, les volumes, le relief. L'environnement coloré influence l'activité cérébrale.

Des couleurs vives dans le couloir sont excitantes et donnent l'envie de bouger, d'avancer, dans les chambres des couleurs plus douces ont un rôle de sédatif telles que le bleu ou le vert. La salle à manger sera de préférence de couleur abricot, en effet la couleur orange est connue pour stimuler l'appétit et la digestion. Les différents lieux doivent donc exprimer leur fonction par leur couleur permettant ainsi aux personnes désorientées de se situer dans l'espace et de reconnaître l'endroit où elles se trouvent.

Les couleurs vives doivent marquer des repères : portes par exemple. La couleur noire est un repoussoir de la même façon que l'ombre. Un lieu sombre repousse, il est donc important afin de favoriser les déplacements d'étudier l'éclairage des locaux. Les lieux de circulation seront de préférence éclairés par détecteurs de présence, ce qui permet d'éviter les chutes dues à une mauvaise visibilité et permet de signaler au personnel la présence d'une personne la nuit.

Les jeux de couleurs sont aussi importants en ce qui concerne la prévention des chutes, un nez de marche non marqué par une teinte différente est un facteur de chute certain.

Un effort important devra être fait sur la signalétique, les informations devront être écrites de façon lisible et en gros caractères, elles seront placées à hauteur des yeux. La décoration joue un rôle important dans le repérage.

Il est important que chaque étage dispose de pendule, d'un calendrier et d'un lieu pour afficher le menu.

Du côté des soignants

La luminosité est un facteur essentiel pour l'accomplissement des soins dans de bonnes conditions. Dans son ouvrage "Théorie et pratique de l'ergonomie hospitalière", M. Estry-Béhar rapporte qu'il est indispensable d'étudier rigoureusement la luminosité des postes de travail et du bureau. Les écarts de luminosité doivent être le plus faible possible entre les différents postes de travail par exemple entre l'armoire à pharmacie plus sombre que l'endroit où sont préparés les piluliers entraînent une difficulté dans la recherche des

produits nécessaires ; il convient d'étudier correctement l'éclairage des paillasses afin d'éviter les éblouissements. Au niveau des soins il est nécessaire d'avoir un bon rendu des couleurs pour suivre l'évolution d'une plaie par exemple.

Dans l'enquête réalisée auprès des personnels de l'hôpital de Lodève et dans les discussions lors des travaux de groupe, l'insatisfaction du personnel vis à vis de l'éclairage ressort nettement.

Pour les personnes du groupe, il semble intéressant de privilégier la lumière naturelle tout en évitant un apport thermique excessif du au rayonnement sur les vitres, d'autant que le bâtiment est fortement exposé au soleil.

La couleur la moins stressante étant le bleu, il paraît intéressant de prévoir les salles de soins de couleur bleue.

Il est donc retenu à la fois pour les personnels et pour les résidents qu'il est nécessaire de pouvoir régler la luminosité en fonction des besoins.

Au niveau des couleurs, une étude prenant en compte la nature du lieu et son utilisation doit être menée par l'architecte.

B L'ouïe

Le bruit est un facteur de gêne, de fatigue psychique et de stress d'autant plus que les personnes sont fragilisées et anxieuses.

Entendre c'est aussi communiquer et donc discuter.

Du côté des résidents

Le silence nous rappelle la mort. Il faut donc envisager l'insonorisation avec parcimonie en tenant compte du fait que l'audition diminue avec l'âge.

Les bruit extérieurs - chants d'oiseaux, clocher, passants, voitures...- doivent pouvoir entrer dans l'établissement et notamment dans les aires de vie commune, il s'agit d'inviter la vie de la cité à l'intérieur de l'institution. La sonorité des pièces est primordiale pour les personnes ayant des problèmes d'ouïe, ainsi que la diffusion de sons pour les personnes ayant des déficiences visuelles.

La musique amène une perception différente des volumes, sa diffusion dans les lieux communs devra être prévue avec des haut-parleurs reliés à chaque étage à une chaîne Hi-fi. Le système de haut-parleurs permettra au service d'animation de faire des annonces parlées en plus des affiches, afin d'informer les personnes déficientes visuelles.

Dans la salle à manger, on doit pouvoir entendre les voix les plus faibles tout en évitant le brouhaha, ces deux contraintes semblent impossibles à réaliser or c'est bien le cas dans les églises ! Une solution doit être trouvée aussi pour insonoriser les chambres tout en permettant aux soignants d'entendre les cris et ce d'un point de vue sécuritaire.

Afin de favoriser la communication, des fauteuils seront installés côte à côte dans les salons d'étages.

Du côté des soignants

Le bruit provoque des sensations désagréables de gêne dans le travail, qui se manifestent dans le comportement de l'individu. Il a un effet sur la vigilance, il masque d'autres sons et ne permet pas une bonne localisation des signes auditifs pouvant être significatifs.

Il conviendra donc d'employer des matériaux absorbants les sons et permettant ainsi une meilleure acoustique.

Il s'agit de permettre une bonne audition tout en minimisant le bruit des cris. La nature des matériaux est très importante dans la maîtrise des sons. Certains matériaux réverbèrent les sons, il s'agit par exemple du verre, du bois, du carrelage, du béton... Un revêtement de sol en plastique est donc nécessaire, d'autant plus qu'il est préconisé pour l'hygiène. Il faut éviter les hauts plafonds qui, outre de ne pas favoriser l'acoustique, ne donnent pas une impression de « chez-soi ».

Le choix des matériaux est primordial, il convient de doubler les murs avec de la laine minérale et de ne pas placer des interrupteurs électriques de part et d'autre d'une paroi afin de ne pas favoriser la transmission de bruit d'un côté à l'autre. Des pièces de services peuvent servir de tampon pour isoler les lieux bruyants.

C Le touché

Les sols, barres d'appui, poignées de portes... doivent tenir compte de la spécificité de la population accueillie. L'étude de la maladie d'Alzheimer a permis de montrer que le touché est un des modes de communication qui disparaît le plus tôt.

L'être humain est homéotherme, c'est à dire que sa chaleur doit être maintenue quel que soit le milieu ambiant. Avec l'âge, les flux sanguins ne permettent pas toujours de maintenir une température constante dans tout le corps. Les personnes âgées ont souvent froid aux extrémités.

Travailler dans de mauvaises conditions thermiques est source de mal être et peut engendrer des pathologies. La température des locaux est donc un facteur très influant sur les conditions de travail.

Du côté des résidents

Au niveau du sol, le carrelage permet d'avoir une meilleure sensation de la dureté. Le sol doit être anti-dérapant et notamment dans les salles de bains.

Les robinets d'eau à l'usage des personnes âgées doivent s'ouvrir en levant ou baissant une poignée et non en tournant.

La matière constituant les rampes ou les poignées de portes est très importante pour des personnes qui ont tendance à l'incontinence, si elles sont trop froides, elles entraînent un besoin impérieux de miction. Il est donc indispensable de trouver une matière de type bois par exemple.

Afin de prévenir les contusions, il est souhaitable de proscrire les angles vifs, ainsi les radiateurs seront plats ou encastrés mais en aucun cas à ailettes.

Les personnes âgées ont tendance à avoir froid tout le temps ceci d'autant plus qu'elles restent assises pendant de longs moments. La température ambiante des locaux doit tenir compte de cette particularité due à la vieillesse. Afin que les personnes puissent choisir leur température idéale, il est important d'avoir des zones différenciées. Plus chaud dans les chambres que dans les couloirs et les lieux communs. Il serait souhaitable que la température des chambres puisse se régler dans chacune d'elles, indépendamment du reste du bâtiment.

Du côté des soignants

Dans les questionnaires retournés par les personnels, la question de la température et de ses variations est souvent revenue. Dans les travaux de groupe, il s'agissait d'une revendication primordiale.

Des études ont clairement montré que le nombre d'accidents du travail augmente avec l'inconfort produit par une chaleur non maîtrisée. L'inconfort induit des performances moindres dans les tâches à réaliser³⁶.

Il est nécessaire de moduler la température selon l'usage qui est faite des locaux.

L'équipe a donc arrêté les valeurs suivantes qui semblent cohérentes :

- Les locaux réservés aux soignants doivent avoir une température de 19 à 20°C,
- La température des chambres doit se situer vers 23°C avec un maximum de 24°C,
- Les locaux communs devraient se situer plutôt vers 22°C,
- Les vidoirs, rangements et endroits de stockage de linge sale auraient une température idéale vers 18°C.

D L'odorat

L'odeur est le premier sens nous annonçant quelque chose, on sent avant de voir. La qualité d'une institution passe bien souvent aux yeux des personnes par l'odeur, témoin de l'hygiène, de la gestion de l'incontinence.

Il est nécessaire d'avoir un sol facile à nettoyer (qui ne soit pas absorbant) et de proscrire les revêtements muraux absorbant les odeurs.

L'odorat est aussi un sens qui permet d'éveiller des vieux souvenirs, il doit donc avoir une place privilégiée. Il faut prévoir des diffuseurs d'odeurs qui puissent permettre d'évoquer les saisons ou les moments de la journée grâce aux odeurs (odeur de la forêt, odeur du foin, odeur de cuisine...).

³⁶ Estryn-Behar M., *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*, Paris, édition ESTEM, 1996.

Il est important de savoir que l'odorat baisse à partir de 65 ans, certaines maladies entraînent une perte ou une importante diminution de ce sens comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson ou des problèmes vasculaires cérébraux. Les personnes accueillies dans le service de long séjour ont donc potentiellement des odorats très mauvais ; or si la perte de l'odorat ne fait plus ressentir des sensations agréables, certaines odeurs auront sur ces personnes les mêmes sensations désagréables que si elles avaient un odorat normal (du fait de l'excitation du nerf trijumeau) à savoir, maux de tête, nausées. Il faut donc favoriser les bonnes odeurs et traiter les mauvaises.

Les odeurs sont très importantes à gérer, rien de tel qu'une bonne odeur de cuisine pour ouvrir l'appétit par exemple. Un office ouvert sur le lieu de vie permet aux odeurs des plats qui arrivent de la cuisine de se diffuser dans le service annonçant l'heure du repas et stimulant l'appétit des personnes âgées.

Afin de gérer les odeurs des déchets (linge, déchets alimentaires, déchets de l'incontinence...) il convient de prévoir des locaux spécifiques et de ne pas avoir les chariots de linge sale au milieu des couloirs. La notion du propre et du sale repose sur le conditionnement hermétique du propre et du sale. Les pièces servant de stockage aux déchets devront donc fermer hermétiquement et être efficacement ventilées pour que les odeurs se propagent le moins possible. La température des locaux de stockage des déchets est importante, plus elle est faible et moins les odeurs apparaissent, la régulation thermique des bâtiments doit prévoir cet aspect et permettre de tenir les déchets dans des locaux frais.

Au niveau du personnel, les mauvaises odeurs créent un inconfort sensoriel induisant stress et irritabilité.

CHAPITRE 3.03 POUR LA REALISATION DU PROJET

Nous avons donc réalisé ici un travail de programmation. Ce travail ne pourrait pas être complet sans une approche de la faisabilité. Il est impensable de vider le service de long séjour durant les travaux comme il est impossible de réaliser une restructuration sur un bâtiment occupé. Des solutions sont donc à trouver aux questions où et comment construire.

La mise en œuvre de tels travaux nécessite l'application du code des marchés publics en ce qui concerne les procédures de mise en concurrence.

Il existe un rapport direct entre les coûts et les surfaces à rénover ou à construire, et les objectifs à atteindre. Les travaux peuvent avoir un retentissement sur le prix de journée.

A Faisabilité opérationnelle

Une étude de faisabilité est mise en œuvre. La restructuration des bâtiments du service du long séjour implique une augmentation des surfaces. L'hôpital possède peu de surfaces constructibles en dehors du parc déjà bien amputé par la construction des bâtiments de la maison de retraite. Il serait dommage de restreindre encore cet espace de verdure très agréable pour les résidents. Il est donc nécessaire de trouver des solutions permettant de préserver le parc tout en agrandissant la surface utilisable des bâtiments. Il est à noter que du côté sud est du bâtiment abritant le service du long séjour, une partie du terrain est classée en zone inondable. L'architecte devra donc prendre en compte ces données afin d'élaborer ses premières esquisses. La solution de surélever le bâtiment d'un niveau peut être envisageable ; d'un point de vue esthétique et fonctionnel, cette solution peut ne pas apporter toutes les satisfactions requises.

Il est nécessaire de prévoir l'exécution des travaux sans suppression du fonctionnement du service, une opération tiroir est obligatoire. Le projet alliant la rénovation et la construction de parties neuves, cet aspect est envisageable en transférant les résidents des parties à rénover vers les parties neuves alors construites. L'architecte devra donc mettre au point un plan de transfert des résidents et du personnel assurant leur sécurité et leur qualité de vie. Pendant tout le temps des travaux, les communications avec le reste de l'hôpital doivent subsister afin de ne pas couper encore plus le personnel de la vie de la structure.

L'aspect opérationnel doit être discuté avec les agents afin que la restructuration se passe dans les meilleures conditions de travail possible. Le délai des travaux sera calculé au plus juste, les conséquences sur les conditions de travail auraient des répercussions trop importantes sur l'état psychique du personnel (stress augmenté, démotivation accentuée, arrêts maladies en cascade...) engendrant alors une prise en charge des résidents de qualité non satisfaisante.

La faisabilité opérationnelle doit être présentée et discutée avec les équipes soignantes mais aussi avec les équipes logistiques qui procurent leurs services à l'unité de soins de long séjour à savoir la cuisine, la buanderie, la pharmacie. Les circuits de circulations doivent être au point afin de ne pas ajouter, au stress des travaux, un dysfonctionnement matériel.

B Mise en œuvre

La qualité d'un projet repose en grande partie sur les relations qui s'établissent entre les différents acteurs du projet :

- ⇒ Maître d'ouvrage : il s'agit de l'établissement,
- ⇒ Maître d'œuvre : il s'agit de l'architecte
- ⇒ Utilisateurs
- ⇒ Partenaires financiers : conseil général et DDASS.

La loi M.O.P.³⁷ (maîtrise d'ouvrage public) oblige les structures publiques à respecter des procédures très strictes en matière de marché de maîtrise d'œuvre. Notamment, elle oblige à procéder à un concours lorsque le montant de la rémunération des maîtres d'œuvres est supérieur à 1 300 000 F H.T. et en ce qui concerne les constructions neuves.

Dans le cas de la restructuration du service de long séjour de l'hôpital de Lodève, l'organisation d'un concours d'architecture est donc nécessaire. Il n'est pas dans mon propos ici de détailler les procédures d'organisation d'un concours mais il est important d'en montrer ses limites. Les candidats envoient leurs projets sous enveloppe et le jury de concours se détermine en examinant les projets et les offres de prix.

³⁷ 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.

Tout au long de ce travail nous avons montré que l'architecture est avant tout un acte collectif, l'expression d'une société humaine. Les candidats à un concours sont sélectionnés sur la base de leurs compétences, ils doivent analyser le programme et effectuer leurs propositions sans avoir eu, la plus part du temps, de contacts avec les usagers. L'architecte n'a pas le droit de présenter lui-même son projet devant le jury afin de respecter l'anonymat³⁸. On désire élaborer une architecture au plus près des usagers et on traite d'architecture sans en parler avec l'architecte, il me semble donc apparaître ici un paradoxe.

En tant que futur maître d'ouvrage il semble important de pouvoir discuter avec un architecte avant de le choisir, connaître sa conception de la vie, de la vieillesse, sa façon d'être dans les rapports avec les gens. Il est indispensable en tant que maître d'ouvrage d'avoir envie de travailler avec un architecte et cela ne peut se déterminer qu'en le rencontrant et en discutant du projet avec lui, or la procédure du concours nous met dans l'impossibilité de le faire avant de l'avoir choisi. Se priver du dialogue préalable avec l'architecte c'est se priver de l'essentiel pour la réussite du projet.

Il est donc primordial de faire un travail préalable approfondi afin de réaliser un cahier des charges le plus complet possible faisant ressortir l'esprit du projet et les valeurs qu'il sous tend.

C Combien ça coûte ?

Le coût des travaux est directement lié à la surface.

Les architectes évaluent le coût à 4000F/m² pour de la rénovation et 6000F/m² pour de la construction. Il est certain que ce projet ne peut pas se concevoir avec seulement de la rénovation, les surfaces demandées dans le programme sont plus importantes que celles déjà existantes.

³⁸ Circulaire du 20 décembre 1999 relative à la transposition de la directive 92/50 CEE du Conseil du 18 juin 1992 portant coordination des procédures de passation des marchés publics de services, organisation de concours de maîtrise d'œuvre prévus aux articles 108 ter et 314 ter du code des marchés publics, lorsque le montant estimé du marché est supérieur aux seuils prévus à l'article 378 du code des marchés publics.

Le tableau ci-après résume les prix approximatifs et les surfaces à rénover et à créer.

	M ²	Prix par m ² en F	M ² en €	Total en F	Total en €
Surface à rénover	3 920	4 000	609.80	15 680 000	2 390 416
Surface à construire	2 000	6 000	914.69	12 000 000	1 829 380
Total travaux	5 920			<u>27 680 000</u>	<u>4 219 796</u>

Au coût total des travaux doit être ajouté la rémunération du maître d'œuvre, les aléas, l'ensemble des études (concours, sondages, bureaux de contrôle...), assurances.

Un coefficient de 1.50 entre le coût des travaux et la dépense totale peut être retenue, le projet s'élèverait donc à 41 520 000 F (6 329 683,20 €).

Le coût de la restructuration a un impact direct sur les prix de journée, il convient que cet impact ne soit pas trop important.

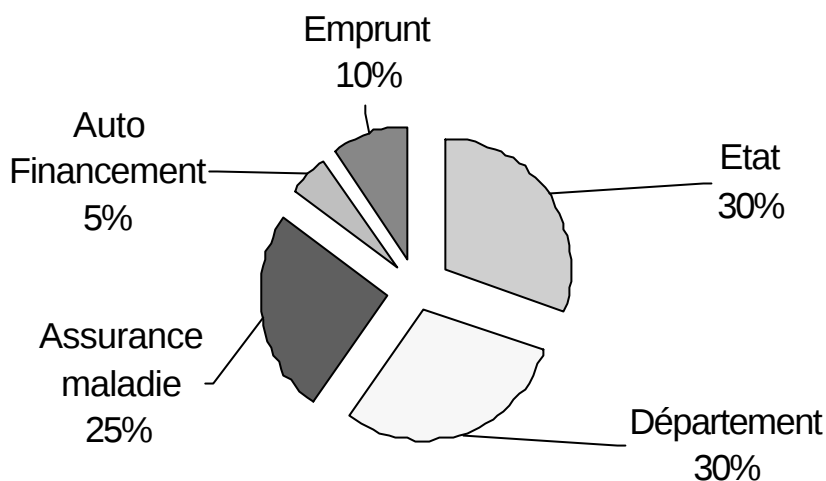
Le plan de financement fera appel à:

- ⇒ des subventions de l'état et du département
- ⇒ des prêts ou subvention d'organismes sociaux (caisses de retraites)
- ⇒ des apports de fonds propres et des emprunts.

Le projet de restructuration du service de long séjour de l'hôpital de Lodève est inscrit dans le contrat Plan Etat/Région pour les 5 années à venir, le projet devrait être financé pour 2003 ou 2004. Lorsqu'un projet est inscrit au Plan Etat/Région, l'état finance généralement à hauteur de 30% et le département suit le financement de l'Etat. Les caisses régionales d'assurance maladie participent sous forme de subventions aux projets d'humanisation inscrites dans les contrats Plans Etat/Région. Leur participation est généralement de l'ordre de 25% à savoir 12% pour l'assurance maladie et 13% pour l'assurance vieillesse.

Il est prévu de financer le projet comme suit :

Financement du projet



Le tableau suivant récapitule les montants financés.

	Pourcentage	Total en F	total en €
Etat	30%	12 456 000	1 898 904,96
Département	30%	12 456 000	1 898 904,96
Assurance maladie	25%	10 380 000	1 582 420,80
Auto Financement	5%	2 076 000	316 484,16
Emprunt	10%	4 152 000	632 968,32
Total	100%	41 520 000	6 329 683,20

Le recours à l'emprunt peut induire un surcoût de fonctionnement. Les intérêts sont en effet payés par la section d'exploitation du budget du service de long séjour ainsi que l'amortissement du capital de l'emprunt.

Le prêt ayant permis la première restructuration du service de long séjour arrive à sa fin. Les crédits affectés au remboursement de ce prêt seront donc disponibles pour le nouveau soit environ 600 000F (91 469.41€) par an.

Nous pouvons prévoir de conclure un emprunt de 4 152 000F (632 968.32€) au taux de 6% sur une durée de 15 ans. Les remboursements seront alors de 427 501.40F (65 172.17€) par an capital et intérêts confondus. Les remboursements du prêt antérieur permettront de payer les charges du nouvel emprunt. Le projet n'aura donc aucune incidence sur le prix de journée.

CONCLUSION DE LA PARTIE III

Les personnes âgées dépendantes ont des besoins spécifiques dus à l'avancée en âge et à la détérioration physique et psychique. Les circuits des usagers doivent être pensés. Chaque partie du service doit être réfléchi en fonction de son usage. Le service doit donc être prévu pour le handicap physique et psychique mais aussi pour favoriser le temps de présence des soignants auprès des personnes.

Les sens permettent à l'homme de percevoir son environnement, la vieillesse diminue la capacité sensorielle, la conception de l'environnement doit pouvoir palier à ce handicap. Les soignants aussi ont besoin de percevoir de façon positive les différents composants de leur lieu de travail afin de diminuer stress et démotivation.

Chaque détail compte pour adapter l'architecture d'un service aux besoins de ses usagers. Etudier la lumière, les couleurs, les matières, les équipements, toutes ces réflexions architecturales concourent au mieux être des personnes.

Vouloir adapter l'architecture aux besoins des résidents afin de leur garantir liberté et sécurité en essayant de stimuler leurs facultés, de favoriser le travail des soignants, et de réintégrer les familles dans la vie du service, c'est ce que nous avons essayé de réaliser.

L'image architecturale d'un service a une triple importance :

- ⇒ pour la personne hébergée, retrouver un espace domestique et le faire sien,
- ⇒ pour le personnel, travailler dans un cadre attractif qui diminue le stress et valorise le travail,
- ⇒ pour les familles et les visiteurs, trouver un climat de convivialité où ils aient l'envie de revenir.

Le projet n'aura pas de répercussions sur le budget des résidents puisqu'il ne fera pas augmenter le prix de journée. Il s'agit donc d'une amélioration de la qualité à coût constant.

CONCLUSION

« Il y a ceux qui rêvent les choses comme elles n'ont jamais été et se disent pourquoi pas ? »

G.B. Shaw

Il est nécessaire de sortir de l'image hospitalière en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées dépendantes. La vieillesse n'est pas une maladie, c'est seulement une étape de la vie, l'ultime étape. Réfléchir aux personnes âgées en tant qu'êtres humains et non objets de soins, permet d'appréhender l'architecture de façon différente. L'estime de soi est conditionnée par l'habitat, c'est l'histoire de la personne qui se reflète dans ses murs, si bien qu'il est très difficile de quitter sa maison lorsque le handicap devient trop important.

Réfléchir sur l'architecture de lieux d'accueil pour personnes âgées dépendantes procède d'objectifs contradictoires :

- ❖ Lieux de soins / substitut de domicile
- ❖ Espaces privés / espaces collectifs
- ❖ Lieux de vie pour personnes âgées / lieux de travail pour le personnel

L'espace de soins étant aussi un espace de vie, il est nécessaire que la qualité des soins et la qualité architecturale aillent de pair, cette dernière renforce la première et lui donne une autre dimension.

Ma formation d'infirmière a sûrement contribué à orienter mon regard vis à vis des services de long séjour et à considérer chaque personne comme sujet et non comme objet de soins. Prendre soin c'est avant tout aider dans les actes de la vie quotidienne et non pas administrer des injections ou des médicaments. Il est nécessaire qu'un directeur ait une vision humaine de son établissement. Au cours de ma pratique en tant qu'infirmière, j'ai travaillé dans des services de long séjour. Certains étaient dans des murs neufs, d'autres dans des bâtiments anciens où des « box » avaient été construits dans les anciens dortoirs. Dans chaque type de lieu, j'ai été interpellée par l'inadéquation de l'architecture avec le travail infirmier tel qu'on nous l'avait enseigné et par la négation de l'être humain hébergé dans ces services, d'un point de vue architectural. Pour pallier à l'inadaptation des murs, les soignants doivent donner le meilleur d'eux même, ils arrivent alors très vite à l'épuisement. Etre directeur d'établissement sanitaire et social, c'est pour moi, avant tout, œuvrer pour le bien être des usagers quels qu'ils soient notamment quand il s'agit de réfléchir à l'architecture d'un bâtiment.

En tant que directeur de structure sanitaire et sociale, il est primordial de construire avec tout le personnel, de façon plus importante encore avec les soignants, une culture commune : définir quel sens l'établissement met derrière l'expression prendre soin. Il s'agit plus généralement de construire un projet de vie et de soins en accord avec nos valeurs et

nos convictions. La vieillesse doit être un projet, elle ne doit pas être subie. Le rôle d'un directeur est aussi de porter les projets des équipes, de maintenir la motivation du personnel.

L'idée que les services de long séjour sont des mouroirs doit disparaître, elle peut régresser du moment que les directeurs de structures impulsent une nouvelle façon de voir la vie en établissement, et permettent aux personnes de devenir de véritables usagers de l'établissement. La logique hôtelière doit prendre le pas sur la logique hospitalière collectiviste. Lors de l'entrée d'une personne en service de long séjour, la rencontre entre deux projets doit se réaliser, celui des personnels et celui de la personne âgée.

L'architecture est un élément du projet d'établissement, elle en est le cadre. La culture d'un architecte est une culture humaniste d'autant plus lorsqu'il s'agit de construire des lieux de vie pour personnes dépendantes, dans ce cas, l'architecte devient un membre à part entière de l'équipe de soins. Ce qu'il dessinera et concevra aura de telles répercussions sur la vie des usagers qu'aucune erreur ne doit être faite. L'architecture est un art au service de la vie de la même façon que le soin. « L'architecture ne doit pas être vécue comme une contrainte mais comme une ressource (...) multiforme qui (...) peut offrir (...) la tendresse d'un bâtiment »³⁹.

Avec la mise en œuvre imminente de la réforme de la tarification, la réflexion s'orientera de plus en plus vers les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes en général et non plus en fonction du type de structure. C'est la population accueillie qui primera sur le mode de financement. Même si la pensée tend à s'uniformiser autour de la personne âgée dépendante, il est indéniable que la période des programmes types est bien finie. Désormais chaque réflexion sera spécifique en fonction de l'environnement, des coûts, de l'organisation...Ce travail est le résultat de la réflexion d'une équipe à un moment donné, dans un contexte donné, et ne saurait être généralisable.

Le XX^{ème} siècle a été celui de la technique dans le monde hospitalier, les services de long séjour étaient peu connus et souvent oubliés des administrations. Aujourd'hui, la gériatrie donne sa place à l'être humain grâce à la motivation des soignants. La dimension réelle du soin renaît dans les services de long séjour. Les services accueillant les personnes âgées peuvent un jour devenir des exemples d'humanisme pour des services beaucoup plus techniques.

³⁹ P. Daham, « *L'habitat des personnes âgées, des logements adaptés aux établissements spécialisés* », Paris, édition du Moniteur, 1997.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Assistance publique – Hôpitaux de Paris, *Architectures du grand âge – Variations architecturales sur la fin de vie*, Paris, éditions du Moniteur, 1988.

Baranski L., *Le manager éclairé - Piloter le changement*, Paris, Editions d'Organisations, nov. 2000.

Collière M.F., *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, Inter éditions, 1996.

Déoux Suzanne & Pierre, *Habitat Qualité Santé clefs en main*, Andorre, Medieco éditions, 1997.

Estryn-Behar M., *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique*, Paris, édition ESTEM, 1996.

Fischer G.N., *Psychologie de l'environnement social*, Paris, éditions Dunod, 1997 (2^{ème} édition).

Hall E.T., *La dimension cachée*, Paris, édition du Seuil, collection Points, 1978.

Henrard J.C., Ankri J., *Grand âge et santé publique*, Rennes , éditions ENSP, 1999.

Hermel P., *Le management participatif*, 1988.

Hoët T., *L'hôpital confronté à son avenir*, Paris, éditions Lamarre / ENSP, 1993.

Lafaye C., *Sociologie des organisations*, Paris, éditions Nathan, Collection 128, 1996.

Mias L., Decourt E., Equipe soignante, *Pour un art de vivre en long séjour*, Paris, édition Bayard, 1993.

Moles A., *Psychologie de l'espace*, Paris, éditions Casterman, 1977.

Poilroux R., *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, Paris, Edition Berger Levrault, Collection Audit Hôpital, 2000.

Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, Ramonville Saint-Agne, édition Erès, collection Pratiques Gériatologiques, 2001.

Walter B., *Soigner en gériatrie : un art, une passion*, Paris, éditions Lamarre, 1991.

Weil P., *Communication oblige !*, Paris, les éditions d'organisation, 1990.

Articles de revues

Amalberti F., Colbosc E., Marhoum R., Belmin J., «Réflexions sur l'architecture intérieure d'un service hospitalier de gériatrie », *Gestions hospitalières*, janvier 1997, n°362, p.42 à 44.

Charbit J., « Architecture et gériatrie – Eléments de programmation », *Gériatrie*, 1997, n°103, p.23 à 26.

Chateauret A., Knoll M., Renault C., Bruhnes B., « Un bilan de programme SEPIA : vivre chez soi en établissement », *Retraite et société*, 1997, n°19, p.30 à 41.

Degremont N., « Soins palliatifs et architecture : de l'hôpital vers l'homme », *Journal de l'association européenne de soins palliatifs*, juillet-août 1998, Vol. 5, n°4, p.127 à 129.

Desmay D., « Dossier : personnes âgées. Une architecture pour personnes âgées dépendantes », *Techniques hospitalières*, septembre 2000, n°649, p. 61 à 64.

Etourneau C., « Dossier –L'hôpital de demain aujourd'hui. Bretonneau, un hôpital gériatrique pour le XXI^{ème} siècle », *Décision santé-Stratégie santé*, juin 2000, n°162, p.16 à 19.

Ferreol D., Join P., « Architecture et effectifs », *Gestions hospitalières*, janvier 1996, n°352, p.19 à 22.

Géronto 97 : III^{èmes} assises Nationales du secteur social et médico social en faveur des personnes âgées, « Aménager des espaces de vie et de soins pour une approche multidisciplinaire », *Revue hospitalière de France*, janv-fév. 97, n°1, p. 10 à20.

Jolivet – Karageogis A., «Gérontologie : respecter nos aînés comme sujet de soins », *Objectif soins*, février 1996, n°40, p.14 à16.

« Lieu de vie pour personnes âgées », *AMC Le moniteur architecture*, Juin-juillet 1999, n°99, p.53 à55.

Loubat J.R., « L'architecture au service du projet d'établissement : montre moi tes locaux et je te dirai qui tu es ! », *Lien social*, 30 septembre 1999, n°501, p. 4 à9.

Marchand L., Manoukian A., « Esthétique et architecture en long séjour : une recherche de sens », *Gérontologie*, 1995, n°94, p.34 à39.

Picard P., « Gériatrie et espaces architecturaux », *La revue de gériatrie*, janvier 2000, tome 25, n°1, p.50 à51.

RaikovicM., « L'architecture du grand âge : l'expérience de l'AP-HP », *Décision santé*, septembre 1995, n°83, p.15 à16.

Rapports et études

Eenschoten M, « Les personnes âgées en institution en 1998 », *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, N°108, Mars 2001.

Textes réglementaires

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

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

Circulaire du 20 décembre 1999 relative à la transposition de la directive 92/50 CEE du Conseil du 18 juin 1992 portant coordination des procédures de passation des marchés publics de services, organisation de concours de maîtrise d'œuvre prévus aux articles 108 ter et 314 ter du code des marchés publics, lorsque le montant estimé du marché est supérieur aux seuils prévus à l'article 378 du code des marchés publics

LISTE DES ANNEXES

Annexes non fournies par l'auteur

- Annexe I.** Plans du service de long séjour
- Annexe II.** Grille AGGIR
- Annexe III.** Questionnaires aux personnels et aux familles des résidents
- Annexe IV.** Plans dessinés par le personnel
- Annexe V.** Evaluation de la dépendance au service du long séjour de Lodève