



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2006**

---

**L'ARCHITECTURE AU SERVICE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA  
PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE**

**CONSTRUIRE UN PROJET ARCHITECTURAL GÉRONTOLOGIQUE :  
L'EXEMPLE DE LA STRUCTURE POUR PERSONNES ÂGÉES DU CENTRE  
HOSPITALIER DE BERGERAC**

**Julien MOURET**

---

# Remerciements

---

Je tiens, tout d'abord, à remercier Monsieur Christian DELAVAQUERIE, directeur du Centre Hospitalier de Bergerac, qui, par ses précieux conseils, son implication et sa confiance témoignée, a permis d'enrichir tant mon stage que mon mémoire.

Je remercie également Monsieur Michel LAFORCADE, directeur de la DDASS de Dordogne, pour son suivi attentif dans la rédaction et réalisation de mon mémoire.

Je voudrais aussi remercier Madame PREAU, cadre supérieur de santé, Madame FAUCHER, cadre de santé et Monsieur GOUNEAU, attaché d'administration hospitalière, pour l'écoute, la disponibilité et l'expérience dont ils m'ont fait bénéficier.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 LA STRUCTURE POUR PERSONNES AGEES DU CH DE BERGERAC : UNE STRUCTURE INADAPTEE AUX EVOLUTIONS ACTUELLES</b>	<b>5</b>
1.1 L'évolution du phénomène inéluctable de dépendance	5
1.1.1 La dépendance	5
1.1.2 Une évolution sociodémographique inexorable : Vieillesse et dépendance	6
A- Une espérance de vie en constante augmentation	6
B- Le lien entre vieillissement et dépendance	7
1.2 La place accrue de la personne âgée dans la société française	9
1.2.1 Prise en considération politique croissante	9
1.2.2 Prise en considération médicale tardive	11
1.2.3 Une représentation sociale des personnes âgées dépendantes et de leurs structures pourtant négatives	12
A- L'image ternie des personnes âgées dépendantes	12
B- L'image ternie des maisons de retraite	13
1.3 La reconnaissance architecturale	14
1.3.1 Les recommandations juridiques et politiques	14
1.3.2 La prise de conscience de l'impact architectural sur les usagers : L'impact environnemental	16
A- Impact sur les résidents/patients	17
B- Impact sur les familles et proches	17
C- Impact sur le personnel	18
1.4 La vétusté et l'inadaptation architecturale de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac	18
1.4.1 Une structure ancienne ayant longtemps souffert du manque de projet	18
1.4.2 Une structure dépassée :	20
A- Une structure basée sur le modèle fonctionnaliste : Une structure rigide	21
B- Une structure dont l'accessibilité est limitée :	22
C- Une structure qui s'avère parfois inconfortable :	22

## **2 FACE AUX EVOLUTIONS ACTUELLES : LE PROJET ARCHITECTURAL DE RECONSTRUCTION, UNE PROCEDURE SEQUENCE ----- 23**

<b>2.1 Le préalable nécessaire du projet de service : la pierre angulaire du projet architectural -----</b>	<b>24</b>
2.1.1 L'obligation de réaliser un projet de service -----	24
2.1.2 Le choix du directeur d'associer projet de service et projet architectural -----	25
2.1.3 Historique et management du projet de service -----	26
A- La création du projet de service : une démarche stratégique et participative -----	26
1) Une démarche stratégique -----	26
2) Une démarche participative limitée -----	27
B- Un projet de service réalisé dans l'optique d'un projet architectural futur -----	28
C- La reconduction du projet de service dans le cadre du nouveau projet -----	31
<b>2.2 Le passage obligatoire de la formalisation de la demande : la phase de programmation -----</b>	<b>32</b>
<b>2.2.1 L'étude de faisabilité -----</b>	<b>33</b>
A- L'intérêt indéniable de l'étude de faisabilité -----	33
B- Le choix de la reconstruction sur un autre site -----	33
1) La reconstruction : Un choix technique et financier -----	33
2) La reconstruction sur un autre site : Un choix stratégique -----	34
<b>2.2.2 Le programme technique détaillé -----</b>	<b>35</b>
A- Un cahier des charges indispensable -----	35
B- Une appropriation parfois délicate par le maître d'ouvrage -----	37
<b>2.3 La conception du projet architectural : -----</b>	<b>37</b>
<b>2.3.1 Le projet architectural, une réponse architecturale -----</b>	<b>38</b>
A- La traduction stricte de la commande du maître d'ouvrage -----	38
B- L'intégration des contraintes du projet : une limite à la créativité -----	38
<b>2.3.2 Le projet architectural du CH de Bergerac au stade de l'APS -----</b>	<b>39</b>
A- L'affirmation de la structure en tant que lieu de vie -----	40
1) Un lieu de vie tentant de rompre avec la structure hospitalière -----	40
2) Un lieu de vie assurant des soins et des services de proximité -----	41
3) Des espaces de vie en conformité avec les valeurs du projet de vie -----	41
B- La nouvelle structure, un lieu adapté à la dépendance -----	43
1) Création d'une Unité de vie adaptée aux personnes atteintes de détériorations mentales : -----	43
2) Respect des règles d'accessibilité et l'adaptabilité des locaux -----	44

## **3 MANAGER UN PROJET ARCHITECTURAL GERONTOLOGIQUE : UNE COORDINATION COHERENTE DU PROJET DE SERVICE ET DU PROJET ARCHITECTURAL ----- 45**

<b>3.1 L'impulsion directoriale d'une démarche participative et transversale. -----</b>	<b>46</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>3.1.1 Une large mobilisation des ressources humaines : La nécessaire implication de tous les usagers au projet architectural</b>	46
A- La mobilisation de l'ensemble des professionnels de la structure :	46
B- La mobilisation des résidents/patients:	48
C- La mobilisation des familles :	49
<b>3.1.2 Une mobilisation transversale</b>	49
A- La nécessité d'impulser une mobilisation transversale	49
B- La mise en place de structures organisationnelles durant le processus architectural	50
C- La mise en œuvre d'une démarche pluridisciplinaire	51
<b>3.2 Un projet architectural bâti sur les usages des espaces</b>	<b>52</b>
<b>3.2.1 Initier une commande alliant fonction et usage</b>	52
A- Fonction et usage, deux termes différents	52
B- Bannir une commande uniquement technique	53
C- L'intérêt stratégique d'une commande en fonction des usages	53
<b>3.2.2 Les outils pour initier une commande en fonction des usages des espaces</b>	55
A- Utilisation d'outils récents : la démarche HQU et un Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage	55
B- Un outil pour instaurer la réflexion	56
C- La participation d'un ergonome	59
<b>3.2.3 S'inspirer d'un modèle et non pas le suivre</b>	60
 <b>CONCLUSION</b>	 <b>63</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE</b>	 <b>65</b>
 <b>LISTE DES ANNEXES</b>	 <b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

**AMP** : Aide médico-psychologique

**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie

**APD** : Avant projet définitif

**APS** : Avant projet sommaire

**AS** : Aide-soignant(e)

**CANTOU** : Centres d'Activités Naturelles Tirés d'Occupations Utiles

**CCNE** : Comité Consultatif National d'Ethique

**CG** : Conseil Général

**CH** : Centre Hospitalier

**CROSMS** : Comité Régional d'Organisation Sociale et médico-sociale

**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale

**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**DRESS** : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**EHPAD** : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

**ERP** : Etablissement recevant du public

**ETP** : Equivalent temps plein

**GIR** : Groupe Iso Ressources

**GMP** : Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré

**HQE** : Haute qualité environnementale

**HQU** : Haute qualité d'usage

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

**INSEE** : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

**MR** : Maison de retraite

**O.A.R.E.I.L** : Office Aquitain de Recherches, d'Etudes, d'Information et de Liaison sur les problèmes des personnes âgées

**PSGA** : Plan Solidarité Grand Age

**PSD** : Prestation spécifique dépendance

**SEPIA** : Secteur Expérimental pour une programmation Innovante de l'habitat des Personnes Agées

**USLD** : Unité de soins de longue durée

## INTRODUCTION

Les établissements hébergeant des personnes âgées accueillent de plus en plus de résidents dépendants. Ce constat, qui apparaît désormais comme une évidence aux yeux des acteurs du monde sanitaire et social, constitue un enjeu majeur auquel doivent faire face les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux.

Or, bien souvent, les structures actuelles, en raison de leur vétusté et inadaptabilité, nécessitent un toilettage architectural pour faire face au défi que peut constituer la dépendance. C'est pourquoi, un grand nombre de projet de réhabilitation, de rénovation, d'extension, de construction, voir de reconstruction fleurissent sur le territoire français ; ce qui est le cas du projet de reconstruction de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac composée d'une Maison de retraite de 65 lits et d'une Unité de Soins de Longues Durées de 50 lits.

Ces projets architecturaux (et donc l'architecture qu'ils génèrent), en tant qu'ensemble d'actions visant à modifier la forme de la structure, sont perçus par les directeurs comme des remèdes aux maux dont souffrent les établissements inadaptés à l'accompagnement de personnes âgées dépendantes. Les managers s'en remettent alors à des architectes au regard de leurs compétences dans l'art de construire les édifices. Or, le simple fait d'initier une architecture nouvelle ne suffit pas à améliorer la qualité de vie au sein d'une structure. L'architecture n'apparaît que comme un outil potentiellement capable d'améliorer l'accompagnement des usagers.

De quelle manière cet outil potentiellement capable peut-il se transformer en outil « nécessairement » capable ? Autrement dit, de quelle manière l'architecture peut-elle impacter positivement l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et notamment celles du CH de Bergerac ? Au regard de l'analyse du terrain, ce n'est pas tant le choix des matériaux, la configuration des espaces, l'esthétique, l'agencement des différents locaux et mobiliers qui sont essentiels mais le sens que les usagers entendent donner au projet architectural, autrement dit un sens gériatrique<sup>1</sup>. C'est ce sens donné au projet qui va permettre de le rendre cohérent. Il est important pour le directeur de savoir impulser la dynamique adéquate qui contribuera à forger un projet optimal et efficace. Ce n'est qu'à cette condition que l'architecture pourra servir à l'accompagnement des usagers. Elle doit être une architecture pensée. Mais comment véhiculer ce sens gériatrique ?

---

<sup>1</sup> Dans la mesure où le projet est basé sur l'accompagnement de la personne âgée dépendante.

Tout directeur, en tant qu'homme de projets, ne peut faire l'impasse sur ce type de questionnement, il en va de l'avenir de la structure. L'absence de réflexion architecturale induira nécessairement l'absence de cohérence ; conséquence d'autant plus considérable qu'elle s'inscrit dans la durée. Or, la plupart des projets<sup>2</sup> n'adoptent pas une démarche associant une réflexion architecturale et gérontologique. Certes, la plupart d'entre eux inscrivent désormais la conception du projet de vie au sein du processus architectural mais, pour autant, peut-on véritablement assimiler cette approche à une association entre architecture et gérontologie. Au regard tant de la manière dont sont conciliés projet de vie et projet architectural que du temps et des ressources humaines nécessaires pour les concilier, il est permis d'en douter. L'absence traditionnelle de réflexion architecturale dans le secteur sanitaire et social se poursuit par une certaine incapacité des « faiseurs » de projet à s'appuyer sur les besoins des usagers pour induire une architecture tournée vers les usages des personnes. Ce constat est patent lorsqu'on l'analyse à l'aune de la multiplication de création d'unités Alzheimer correspondant à des modèles-types et aux tendances générales actuelles et s'éloignant par conséquent des besoins concrets et réels des usagers des structures. Un tel éloignement est d'autant plus évident que l'implication de l'ensemble des usagers fait souvent défaut dans des projets où la rapidité d'exécution est parfois déterminante (délais pour bénéficier de financements). Or, c'est le temps de la réflexion qui participera à la mise en place d'un projet gérontologique réfléchi et donc efficient.

Afin de collecter les informations nécessaires pour répondre au questionnement posé, il a fallu engager une recherche vaste et diversifiée. Si des recherches bibliographiques<sup>3</sup> ont permis d'approfondir les réflexions relatives à l'architecture gérontologique des maisons de retraite, d'autres sources ont contribué aux développements de ces réflexions. C'est ainsi qu'un grand nombre d'informations ont été recueillies grâce à l'observation directe, à la réalisation d'entretiens et de questionnaires.

L'observation a consisté à analyser tant la forme de la structure, notamment au regard de sa dimension hospitalière, que les usagers<sup>4</sup> évoluant en son sein. Ainsi c'est une analyse de sa configuration spatiale et de ses occupants qui a été réalisée et dont le leitmotiv était une architecture pensée par et pour les usagers.

---

<sup>2</sup> Au regard notamment des dossiers CROSMS présentés.

<sup>3</sup> Ouvrages, articles, thèses, mémoires ou la presse spécialisée ou généraliste.

<sup>4</sup> Terme entendu dans son acception la plus vaste, c'est-à-dire l'ensemble des personnes évoluant au sein de la structure.

Les entretiens avec les professionnels de l'établissement (cadre de santé mais aussi la cadre supérieure de santé, ancienne cadre de la MR, les soignants, les agents techniques et administratifs : douzaine d'entretiens) mais aussi des professionnels extérieurs et se caractérisant par une compétence propre (entretiens avec des architectes, des ergonomes et des chercheurs dans le domaine de l'ergonomie) ont permis d'affiner tant les réflexions sur la pertinence de la construction d'un projet architectural gérontologique que les moyens mis en œuvre pour y parvenir. Ils ont également permis de mettre en évidence leur rôle au sein du projet ainsi que l'interaction entre les différentes logiques et rationalités des acteurs. Le déroulement des entretiens a été le plus souvent semi-directif afin de favoriser la liberté de discours de l'interviewé et a parfois fait l'objet d'un enregistrement mais le plus souvent la prise de note a été utilisée. L'ensemble des entretiens a fait l'objet préalablement à leur déroulement d'une grille d'entretien<sup>5</sup> dont la synthèse a pu être utilisée dans le corps du mémoire.

Des questionnaires (Annexe 6 et 7) d'administration indirecte<sup>6</sup>, posés aux résidents (une quinzaine constituant un échantillon de la population) ont permis de dévoiler ou en tous cas de clarifier un certain nombre des usages des espaces de la structure actuelle et par conséquent de s'interroger sur les usages du futur établissement.

C'est autour de cette quête d'un projet architectural gérontologique développé par le biais de la méthode de travail susvisé, que mon travail s'est organisé.

Une structure hébergeant des personnes âgées dépendantes tend à assurer le « meilleur accompagnement possible » pour ses résidents ou patients. Or, la conception architecturale peut desservir ou favoriser cette entreprise. L'architecture de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac ne correspond plus aux attentes et enjeux actuels des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Les évolutions sociales, démographiques, architecturales sont telles qu'il n'est pas envisageable de la maintenir en l'état. C'est la raison pour laquelle le projet architectural a été engagé tout en s'appuyant sur une approche gérontologique la plus large possible. Cependant, ce projet, certes basé sur le projet de service, obéit à un processus rigoureux et dont les phasages semblent hermétiques les uns aux autres ; ce qui ne permet pas de développer l'approche tant recherchée. Pour se faire, une coordination cohérente entre le projet de service et le projet architectural doit être développée par le biais d'un management approprié. Ce n'est qu'à cette condition qu'il sera possible de consacrer un projet architectural gérontologique.

---

<sup>6</sup> L'enquêteur notant les réponses que lui fournit la personne.

# 1 LA STRUCTURE POUR PERSONNES AGEES DU CH DE BERGERAC : UNE STRUCTURE INADAPTEE AUX EVOLUTIONS ACTUELLES

A l'heure où le phénomène de la dépendance est de plus en plus prégnant, où la personne âgée occupe une place de plus en plus importante dans le cœur de la cité et au moment où les décideurs et managers ont pris conscience de l'impact que pouvait jouer l'architecture sur les usagers, la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac apparaît dépassée et inadaptée.

## 1.1 L'évolution du phénomène inéluctable de dépendance

Les EHPAD et futurs EHPAD<sup>7</sup>, comme leur nom l'indique, doivent être en mesure de répondre aux exigences des personnes âgées dépendantes qui constituent déjà la majorité de leurs pensionnaires. Le besoin d'adaptation à la dépendance est d'autant plus pressant que les perspectives socio-démographiques n'envisagent pas une stagnation de leur nombre mais une large augmentation. Ce phénomène doit, par conséquent, être intégré par l'ensemble de la population française mais au regard des carences structurelles actuelles il est permis de douter de notre réactivité. Mais avant d'exposer l'évolution de ce phénomène, il convient de le définir.

### 1.1.1 La dépendance<sup>8</sup>

La définition de la notion de dépendance fait aujourd'hui l'objet d'un consensus<sup>9</sup>. Elle caractérise la situation dans laquelle se trouve «une personne adulte qui dépend d'un tiers pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, faire sa toilette, se coucher...) et qui est inapte à réaliser les tâches domestiques qui lui permettraient de vivre seul dans un logement ordinaire »<sup>10</sup>. La dépendance peut être physique (troubles sensoriels, musculaires...) ou psychique (démence sénile...).

---

<sup>7</sup> Toutes les maisons de retraite n'ayant pas encore fait l'objet d'un conventionnement tripartite.

<sup>8</sup> Même si certains souhaiteraient chasser ce terme du vocabulaire de la gérontologie car il servirait à nier la maladie chez le vieillard.

<sup>9</sup> Ce qui n'a pas toujours été le cas puisque de nombreuses études dans les années 70 avaient une approche plurielle de cette notion : COLVEZ A., *Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*, 1990, INSERM.

<sup>10</sup> SCHOPFLIN P., *Dépendances et solidarités. Mieux aider les personnes âgées*, La Doc fr. ,1991, p. 9, Cette définition rejoint d'ailleurs celle de l'article 2 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997. En

La situation de dépendance ne se confond pas avec celle de maladie. Alors que la maladie exige des soins curatifs, la dépendance exige des aides à l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne et donc ne nécessitant pas systématiquement l'intervention d'un plateau technique. Mais la barrière entre dépendance et maladie est loin d'être aussi ténue lorsqu'on l'analyse à l'aune de la maladie d'Alzheimer. En effet, Alzheimer est une pathologie neuro-dégénérative mais pour autant elle se situe autant dans le champ de la dépendance, le malade requérant une aide permanente pour les actes de la vie quotidienne, que dans le champ du curatif au regard de la prise en charge particulière nécessitée par ce malade. C'est la raison pour laquelle, analyser la personne âgée dépendante, c'est aussi analyser la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Cette omniprésence du concept de dépendance dans le monde sanitaire et social apparaît parfois démesurée. Concevoir la personne âgée uniquement comme une personne dépendante apparaît réducteur. Il serait plus judicieux de la penser selon sa pourvoyance<sup>11</sup>, c'est-à-dire sa faculté de donner aux autres (transmission de son expérience, créations diverses...); car si chacun est dépendant il peut aussi être pourvoyeur. C'est ce rôle pouvant être joué par la personne âgée que l'omniprésence du concept de dépendance ne doit pas dissimuler.

### **1.1.2 Une évolution sociodémographique inexorable : Vieillesse et dépendance**

Le vieillissement de la population, c'est-à-dire l'augmentation de la proportion des personnes âgées résultant notamment de l'allongement de l'espérance de vie, constitue un enjeu majeur en France. Il revêt d'autant plus d'intérêt pour le gestionnaire d'un EHPAD qu'il s'accompagne de son corollaire, la dépendance.

#### A- Une espérance de vie en constante augmentation

L'espérance moyenne de vie, en France et dans une grande majorité de pays occidentaux, est en constante augmentation. Cet allongement continu de la durée de la vie s'explique par divers facteurs : l'amélioration de la qualité de la vie, de l'hygiène, de

---

France, l'outil principalement utilisé pour mesurer le degré de dépendance des personnes est la grille AGGIR. Il s'agit d'une grille, instaurée en 1997 dans le cadre de la PSD, ayant pour but d'évaluer l'état et les besoins de la personne âgée.

<sup>11</sup> MEMMI A, *Le buveur et l'amoureux, le prix de la dépendance*. Arléa, 1998 ; cité in DUCALET Ph., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan 2000, p. 270 et s.

l'environnement, du niveau scolaire et éducatif mais aussi<sup>12</sup> par les progrès de la médecine, les vaccinations, les disciplines médicales, paramédicales et pharmaceutiques.

Comme le révèle le rapport sur le vieillissement du Comité Consultatif National d'Éthique du 25 mai 1998, l'espérance de vie des femmes de 81 ans en 1990 passera à 90 ans en 2050 et pour les hommes de 72 à 82 ans pour les mêmes années de référence.

L'espérance de vie des Français est globalement élevée au regard des autres pays développés, particulièrement pour les femmes<sup>13</sup>. En 2004, elle est estimée en France métropolitaine à 76,7 pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes.

Si la France connaît, un contexte de dynamique de vieillissement moins heurtée que certains autres pays<sup>14</sup>, il n'en reste pas moins que la part des personnes de plus de 65 ans dans la population totale continuera d'augmenter entre 2005 (17%) et 2025 (23%) ; le rapport sur le vieillissement du Comité Consultatif National d'Éthique prévoit d'ici 2050 une part de 27%. En Dordogne, selon les prévisions de l'INSEE, 30 % des habitants de la Dordogne auront plus de 65 ans en 2020 et 6 % des habitants auront plus de 85 ans.

Si les progrès de la médecine et les améliorations de la qualité de vie expliquent cette augmentation de la population âgée, l'effet « baby-boom » est aussi un vecteur fondamental. Comme l'indique l'INSEE<sup>15</sup>, une première accélération du nombre de personnes âgées aura lieu vers 2010. Puis vers 2030 la génération du baby-boom aura 80 ans. Le début du XXIe siècle subit les conséquences de la « révolution démographique »<sup>16</sup> du XXe siècle.

## B- Le lien entre vieillissement et dépendance

Les personnes vivent donc de plus en plus longtemps, c'est un fait. Mais ce vieillissement ne s'accompagne-t-il pas d'une augmentation de l'incapacité physique ou psychique de la personne ? Autrement dit, vieillissement ne rime-t-il pas avec dépendance ?

---

<sup>12</sup> Mais de manière moindre si on se base sur les travaux de l'épidémiologiste Dever qui estime que notre santé ne dépend que pour 11% des soins que nous recevons.

<sup>13</sup> Données consultables à l'adresse: [www.prb.org/FrenchTemplate.cfm?Section=Donnees](http://www.prb.org/FrenchTemplate.cfm?Section=Donnees); Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005, Etudes DRESS 2005, p. 7.

<sup>14</sup> Notamment le Japon qui a connu un vieillissement massif de sa population entre 1975 et 2005, op. cit..

<sup>15</sup> « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », DRESS études et résultats, n° 160, février 2002.

<sup>16</sup> Formule empruntée à Adolphe Landry, *La Révolution démographique. Etudes et essais sur les problèmes de la population*, rééd. Paris, INED, 1982.

Difficile de nier le lien entre vieillissement et dépendance tant physique que psychique. Plus la personne vieillit, plus son organisme subit d'altérations : altération cellulaire, des fonctions cérébrales et nerveuses, handicaps sensoriels, moteurs, affaiblissement immunitaire... « Au-delà de soixante-dix ans, rares sont les sujets en parfaite santé, ne présentant aucun handicap physique ou psychique »<sup>17</sup>.

Selon le rapport du comité scientifique d'organisation sur le vieillissement et la recherche (2001), « l'état de santé, à âge égal, a nettement progressé au cours du XXème siècle, repoussant le seuil de la vieillesse » : en 1950, 70% des hommes atteignaient 60 ans et pouvaient alors espérer vivre 15 ans alors qu'en 2001, les hommes de 60 ans pouvaient espérer vivre 20 ans et qu'en 2050, ils pourront espérer vivre encore 26 ans.

Même si la médecine continue de progresser<sup>18</sup> et que rien ne permet d'affirmer que la dépendance puisse toujours être associée au vieillissement, aujourd'hui il est difficile d'analyser la personne âgée en institution sans parler de personnes dépendantes. Soulignons que le panel européen des ménages, montre, en France sur la période 1995-2003, un faible accroissement de l'espérance de vie sans incapacité pour les hommes et une stagnation pour les femmes. Les évolutions annuelles sont au maximum de 2%, dans un sens positif ou négatif.

Parallèlement à l'accroissement du vieillissement, on assiste donc à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. En 2000, leur nombre s'élevait à 0,8 million selon la grille AGGIR (GIR 1 à 4) et à 0,85 million selon la grille EHPA<sup>19</sup>. En 2020, le nombre serait d'un million pour la grille AGGIR et de 1,07 millions pour la grille EHPA. En 2040, le nombre passerait à 1,22 millions pour AGGIR et à 1,34 millions pour EHPA.

Comme nous l'avons vu précédemment, le phénomène de dépendance s'accompagne aussi du phénomène Alzheimer et les démences apparentées. Réalisées à partir des scénarios démographiques de l'INSEE, en faisant l'hypothèse que la prévalence de la maladie d'Alzheimer restera constante, les projections sont très alarmantes : le nombre total absolu de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer passera en 2020 à 1 276 147 (856 662 en 2004) chez les personnes âgées de plus de 65 ans et à 829 448 chez les personnes âgées de plus de 75 ans (766 425 en 2004). Sur les mêmes bases, les malades d'Alzheimer à un stade modérément sévère ou sévère atteindront 500 330 cas

---

<sup>17</sup> Encyclopædia Universalis, DVD, version 10.

<sup>18</sup> Pensons aux techniques de thérapie génique ou de greffe de cellules souches, adultes ou embryonnaires : op. cit.

<sup>19</sup> Ces grilles mesurent la dépendance psychique et physique des personnes.

en 2020 (332 628 en 2004). Aujourd'hui, le taux de déments est de 14,5 pour 1000<sup>20</sup>. On peut raisonnablement extrapoler qu'en 2020, le nombre de personnes démentes pour 1000 habitants sera compris entre 18,3 et 22,42.

L'Aquitaine est la 5<sup>ème</sup> région la plus âgée avec une population de 75 ans et plus qui représente 9,5%. Plus de 37 000 aquitains seraient touchés par la maladie d'Alzheimer.

Si vieillissement et dépendance apparaissent comme deux phénomènes fortement liés, cet attachement ne doit pas entraîner une « démission thérapeutique à l'égard des malades les plus âgées »<sup>21</sup>. Peu de travaux sont, en effet, effectués pour tester des traitements et dosages médicamenteux adaptés à cette tranche d'âge. Toutefois, notons l'accroissement des recherches pour lutter contre la maladie Alzheimer<sup>22</sup>.

## **1.2 La place accrue de la personne âgée dans la société française**

La personne âgée n'a eu de cesse, depuis le début du XIXe siècle de prendre une place croissante au sein de la société française. En effet, la personne âgée a fait l'objet d'une reconnaissance tant sur le plan politique et social que médical. Malgré cette évolution, l'image de la personne âgée reste négative.

### **1.2.1 Prise en considération politique croissante**

Les politiques françaises à l'égard des personnes âgées ont connu deux grandes évolutions.

Jusqu'au rapport Laroque, elles ont surtout eu pour finalité de venir en aide aux personnes âgées les plus défavorisées : loi du 14 juillet 1905 portant « assistance aux vieillards, infirmes, et incurables », loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysanne et celle du 30 avril 1930 sur les assurances sociales... Avec l'avènement du rapport remis en 1962 par la commission présidée par Pierre Laroque, c'est l'ensemble des personnes âgées qui font l'objet d'une politique qui leur est désormais spécifique. Il constitue le point de départ d'une transformation profonde de leur condition matérielle et

---

<sup>20</sup> En France, une vaste étude sur le vieillissement, baptisée PAQUID, a été menée en Gironde et en Dordogne depuis 1988 et parvient à des résultats similaires : pour plus d'informations : MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C., MISCHLICH D., *Alzheimer et maladies apparentées, Traiter, soigner et accompagner au quotidien*, Masson, juin 2005, p. 18 et s.

<sup>21</sup> CARETTE J., *L'âge dort ? Pour une retraite citoyenne*, Editions Boréal, 1999, cité in PESSEL A., Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 2004.

<sup>22</sup> Notamment : L'autrichien Ebewe compare son extrait d'acides aminés Cerebrolysin au donépézil dans la maladie Alzheimer : Agence de Presse Médicale, 17 janvier 2006.

morale et d'une évolution de l'attitude de la population, de l'opinion entière, à l'égard des problèmes de la vieillesse et du vieillissement. Les recommandations du rapport Laroque commenceront à être appliquées avec les VI<sup>e</sup> (1970-1974) et VII<sup>e</sup> Plans quinquennaux (1975-1979). L'accent sera mis sur la mise en œuvre d'une politique plus globale qui se traduira notamment par l'intérêt accru porté aux services de maintien à domicile et par l'humanisation programmée des hospices.

Depuis les années 80 jusqu'à nos jours, les pouvoirs publics favorisent les alternatives à l'hospitalisation et poursuivent le programme de transformation des hospices et la médicalisation des structures d'hébergement.

Si le phénomène de la dépendance avait été déjà perçu dès les années 80, le problème de sa prise en charge financière n'a fait l'objet que d'une attention récente des pouvoirs publics. Après avoir institué en 1997 une prestation spécifique dépendance en faveur des personnes âgées ayant perdu leur autonomie, les pouvoirs publics ont mis en place quatre ans plus tard l'Allocation spécifique dépendance. Par le biais du décret du 26 avril 1999 seront créés les EHPAD qui remplaceront, au fur et à mesure de la signature des conventions tripartites, les maisons de retraite.

Avec la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, le législateur affirme avec force la place et les droits de l'usager au sein des établissements sociaux et médico-sociaux et donc ceux de la personne âgée en institution qui est un usager à part entière : l'affirmation de ses droits fondamentaux (respect de sa dignité, de son intimité, de sa vie privée...), l'instauration obligatoire du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement et la mise en place de personnes qualifiées intervenant en tant que défenseurs des droits des résidents, la placent au cœur de l'institution, place qui aurait toujours dû être la sienne. Dès lors, il apparaît difficile de lui opposer des structures qui vont à l'encontre de la reconnaissance de ses droits ; ce qui sera d'autant plus vrai qu'au regard du niveau de vie et de confort acquis au cours des décennies et de la marchandisation croissante (l'usager devenant un client), les personnes consentiront de moins en moins à vivre dans des structures vétustes avec des chambres à 3 lits et sans douche individuelle.

La place occupée par la personne âgée n'aura de cesse de s'accroître. Pensons au Plan Vieillesse et solidarité 2004-2007 lancé par le gouvernement suite à la canicule de 2003. Ce dernier prévoyait d'accélérer la médicalisation des MR, de développer les services d'aide au maintien à domicile et de créer de nouveaux emplois. C'est également la canicule qui est à l'origine de la CNSA mise en place avec la loi du 30 juin 2004 et dont les compétences ont été affinées avec la loi du 11 février 2005.

Afin de prendre le relais du Plan Vieillesse et solidarité, le 26 mai 2006, (et qui plus est à Bergerac) le Premier Ministre a dévoilé les grandes lignes du Plan « solidarité grand âge » (PSGA). Ce plan quinquennal, finalisé le 26 juin 2006, s'articule autour de cinq exigences : le développement de l'aide à domicile, l'amélioration de l'accompagnement des résidents en MR (augmentation du taux d'encadrement), l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées (développement de la filière gériatrique), le financement solidaire de la dépendance, le développement de la recherche et de la prévention.

La personne âgée dépendante représente donc depuis quelques années un enjeu majeur auquel les politiques commencent à répondre de manière croissante. Mais en va-t-il de même en matière médicale ?

### **1.2.2 Prise en considération médicale tardive**

Pendant longtemps le regard médical porté sur la vieillesse fut l'histoire d'un évitement. Les praticiens soignaient le vieillissement en retardant ses effets et ne soignaient pas la vieillesse en se penchant sur la maladie des personnes âgées. Si l'élan donné au XIXe siècle par Charcot, Metchnikoff ou Carel fut important, il s'est vite essouffé. Le corps médical n'a pas jugé digne d'intérêt une intervention massive sur la vieillesse. « Ce n'est que dans la seconde moitié du XXe siècle que des moyens thérapeutiques nouveaux, une couverture sociale élargie, se conjuguèrent avec l'action de certains médecins hospitaliers pour faire réapparaître, et prendre en compte, de véritables préoccupations gériatriques »<sup>23</sup>.

Si Metchnikoff a inventé en 1901 le terme « gérontologie », ce n'est en France qu'en 1951 que l'Académie de médecine a souhaité que soit substitué au terme de « sénescence » celui de « gérontologie ». La gérontologie se définit comme la science du vieillissement. Son objet est l'étude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des êtres vivants, sur tous les plans (molécule, cellule, organe, organisme et population) ». Après n'avoir été pendant longtemps que très marginale dans le corpus de différentes disciplines, la gérontologie a acquis progressivement un statut et une notoriété conséquents.

La gérontologie clinique, c'est-à-dire la gériatrie (médecine du vieillissement) a fait ces dernières décennies des progrès spectaculaires. Pour s'en convaincre il suffit de se reporter aux nombreux ouvrages relatifs aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Même si le nombre des spécialistes (gériatres) est encore insuffisant au regard des besoins, l'approche fine des pathologies des âges avancés permet d'afficher de véritables objectifs thérapeutiques aux unités de soins spécialisées.

---

<sup>23</sup>FELLER E., *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960*. Editions Seli Arslan, 2005, p. 102.

Malgré cette prise en considération croissante pour la personne âgée dépendante tant sociale que médicale, peut-on affirmer que le regard porté par la société soit bienveillant à son égard ?

### **1.2.3 Une représentation sociale des personnes âgées dépendantes et de leurs structures pourtant négatives**

#### A- L'image ternie des personnes âgées dépendantes

Dès la fin du XIXe siècle et dès l'instant où les personnes sont devenues plus nombreuses, le vieillissement a été interprété comme une menace qu'il fallait repousser. C'est ainsi que le rapport Laroque en 1962 considère le vieillissement, tant individuel que collectif, comme un phénomène négatif. Il énonce que le vieillissement « grève les conditions d'existence de la collectivité française » par le coût de l'entretien des personnes inactives et le ralentissement des secteurs économiques employant des travailleurs vieillissants. Quant au regard porté sur le vieillissement individuel, il est tout aussi négatif : « le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité et l'inadaptation à l'évolution du monde actuel ».

L'image de la vieillesse est encore profondément marquée par un discours négatif et dévalorisant. Mais la vieillesse visée est celle des plus âgés, celle que l'on a coutume d'appeler le grand âge et dont le corollaire est le plus souvent la dépendance. Car si les seniors (personnes valides de plus de 60 ans profitant de leurs retraites) et le grand âge pèsent économiquement, ce n'est que de façons diamétralement opposées : « les premiers du poids de leurs revenus qui en font des privilégiés, les seconds du poids de leurs maladies qui en font des déshérités »<sup>24</sup>. La fragilisation de leur état de santé les transforme en consommateurs de soins et parfois d'aides sociales.

Suzanne Weber<sup>25</sup> explique que les représentations sociales de la vieillesse « sont déterminées par les normes de la société dominante et s'inscrivent en négatif de ces normes ». Alors que notre société attache une particulière importance à la performance, difficile pour la personne âgée dépendante, qui n'est plus rentable pour la société de retenir l'attention. En effet, l'écoulement du temps est assimilé aujourd'hui à une perte progressive de rentabilité, de compétitivité et d'utilité économique et sociale.

---

<sup>24</sup> PUIJALON B., *Vieillir en terre hostile, in Vieillesse interdites*, sous la direction de Jean-Jacques Amyot et Michel Billé, L'Harmattan, 2004, p. 46.

<sup>25</sup> WEBER S., *Avec le temps..., de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter*, Toulouse, Editions Libertaires, 2003, 250 p.

La question du grand âge, au contraire des seniors, renvoie à la problématique de la mort, de la finitude, de la décrépitude. Comme l'énonce Maisondieu<sup>26</sup>, n'oublions pas que la mort est l'un des derniers tabous essentiels d'une société qui privilégie le présent au détriment du futur. Face à l'image que nous renvoie la personne âgée dépendante sur notre futur, c'est un sentiment à la fois de rejet, de pitié mais aussi de devoir de prise charge qui gouvernent les réactions de chaque individu.

Soulignons également la carence médiatique dont souffre le grand âge. Si, comme l'analyse Serge Guérin<sup>27</sup>, « les seniors ont progressivement gagné leurs galons médiatiques, il n'en est pas de même pour les très âgées, ni pour l'ensemble de ceux qui ont pour métier de les entourer ». Certes, le projecteur médiatique est parfois tourné vers le grand âge (épisode de la canicule, l'annonce des différents plans vieillissement, solidarité grand âge...) mais il ne reste jamais braqué très longtemps. Comment pourrait-il y en aller autrement à l'heure où le syndrome du jeunisme est omniprésent dans notre société? A en croire les publicités sur les produits de beauté, la vieillesse est un mal qu'il faut à tous prix éviter. Et lorsque la personne âgée fait l'objet d'attention des publicitaires, ce n'est qu'à la condition qu'elle apparaisse comme une « fausse jeune ».

Ces considérations expliqueraient ce que Jean Maisondieu appelle le « parcage » des personnes âgées « dans des gagatoriums plus ou moins onéreux, à l'écart de la cité »<sup>28</sup>. Face à cette image négative véhiculée par notre société, un mouvement nous invite à ne jamais perdre de vue la dignité reconnue à tout être humain sous peine de cesser de se conduire comme tels et nier ainsi sa propre humanité<sup>29</sup>.

### B- L'image ternie des maisons de retraite

Dans l'imaginaire collectif, image de l'âge et image du cadre de vie sont associées. La représentation négative du grand âge retentit sur les MR. Malgré de notables modernisations, rénovations et constructions, qui subissent eux aussi ces déterminismes sociaux et culturels, les MR continuent souvent d'être perçues comme des structures non chaleureuses, non esthétiques et considérées plus comme des mouroirs que comme des lieux de vie.

---

<sup>26</sup> Cité in RICHARD J. et DIRKX E., *Psycho-gérontologie*, Masson, Paris, 1996, p. 133.

<sup>27</sup> GUERIN S., *La lettre de l'ADEHPA*, Mars/Avril 2006, p. 2 et s.

<sup>28</sup> MAISONDIEU J., *L'idole et l'abject*, 1995.

<sup>29</sup> Sur ce concept d'humanité: GINESTE Y, PELLISSIER J., *Humanité, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane Daniel Radford, 2005, 361 p.

Mais l'image négative des MR trouve aussi sa source dans le poids historique des hospices, leurs ancêtres, dont il est difficile de se défaire. Ce qui est d'autant plus vrai pour une MR hospitalière, comme celle de Bergerac.

Pendant longtemps, ils ont constitué les seuls lieux d'hébergement pour les personnes âgées les plus pauvres. Constitués d'immenses dortoirs de 20, 60 jusqu'à 100 lits, éclairés par des veilleuses à l'huile, généralement démunis de lavabos et de latrines, les hospices, offrant des conditions souvent moyenâgeuses, ont été vite stigmatisés en tant que mouroirs. Si de plus petites structures ont fait peu à peu leur apparition et ont permis de rompre avec la logique des dortoirs, les conditions de vie n'étaient toujours pas optimales. Il faut souligner que l'appellation « Maison » ou « Maison de retraite » n'est pas, au début du XXème siècle, beaucoup mieux connotée que celle d'hospice, puisqu'elle est employée pour les dépôts de mendicité et les établissements charitables ouverts aux plus pauvres.

A partir de la fin des années 20 le modèle hygiéniste fait son apparition. Par conséquent, l'architecture s'adapte aux impératifs sanitaires ainsi qu'aux règles de vie ; la vieillesse bénéficiant alors des normes sanitaires applicables à l'hôpital. Malgré ces avancées, l'hospice fait toujours figure de parents pauvres par rapport à l'hôpital. C'est la raison pour laquelle, les hospices disparaîtront, ou du moins le mot hospice (réforme hospitalière de 1970) et sera remplacé par des termes moins lourdement connotés comme « maisons de cure médicale », « unités de moyen ou long séjour » ou « centre gériatrique ».

### **1.3 La reconnaissance architecturale**

Le législateur, mais plus largement les politiques, ont pris conscience de l'impact architectural sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, et par là même sur l'ensemble des usagers d'une structure. Cette prise de conscience est telle que des recommandations architecturales pour les MR sont émises.

#### **1.3.1 Les recommandations juridiques et politiques**

Ce n'est qu'en 1962 que nos politiques commencèrent à s'interroger sur l'habitat des personnes âgées. En 1962, le Rapport Laroque préconise de modifier l'habitat collectif destiné aux personnes âgées afin d'assurer le respect de leur dignité.

Des projets d'innovation de l'habitat ont commencé à être mis en œuvre sous l'impulsion gouvernementale vers la fin des années 80. C'est ainsi qu'ont vu le jour le Programme PLHS (Plans locaux habitat services de l'Union nationale des offices de HLM) et le

Programme SEPIA<sup>30</sup>. Ce dernier était d'autant plus intéressant qu'il tentait à la fois de créer des formes d'habitat innovantes destinées aux personnes âgées en adoptant une démarche non institutionnelle (association des familles, des personnels et des résidents) et d'expérimenter une nouvelle méthode de travail privilégiant l'usage plutôt que la fonction (reprise et développée par la démarche HQU). Il ressort notamment de ce programme que la qualité de l'espace privatif doit être la première condition d'un habitat de qualité ; que l'établissement doit permettre à la personne de conserver son pouvoir de décision et ainsi de pouvoir librement recourir aux services offerts ; et que le maintien des liens sociaux et de l'échange avec la cité est un facteur non négligeable de qualité de vie.

C'est avec l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle que naissent de véritables recommandations sur la qualité des espaces. Les espaces destinées aux personnes âgées dépendantes doivent être à la fois des lieux de vie, « préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social » ; des lieux « adaptés à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité pour chacun » mais aussi des lieux « de prévention et de soins ». Si de telles recommandations apparaissent très générales, d'autres le sont moins puisque le législateur a pris soin de prescrire, outre les normes d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène, des recommandations sur chaque catégorie d'espace. Ainsi, l'espace privatif doit être considéré comme la transposition en établissement du domicile et où il doit donc être possible de le personnaliser, de se l'approprier, d'y circuler. Les chambres à 3 lits sont à proscrire et il est recommandé d'avoir des chambres jumelées qui ne dépassent pas 5 à 10 % de la capacité globale de l'établissement. Le législateur va même jusqu'à poser « un objectif de surface minimale » pour les chambres suivant qu'elles sont à un (16 à 20 m<sup>2</sup>) ou deux lits (22 à 25 m<sup>2</sup>). Quant aux espaces collectifs, ils doivent concourir à maintenir des liens sociaux et doivent être conviviaux et accessibles. Enfin, les espaces de soins doivent être la traduction architecturale des caractéristiques du projet de soins. De manière générale, tous les espaces doivent répondre aux aspects du projet institutionnel.

Signalons d'ailleurs que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante<sup>31</sup> va dans le même sens. En effet, elle préconise dans son article 2 que l'architecture doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée, que l'espace doit être organisé

---

<sup>30</sup> Pour plus de précisions : Personnes âgées et habitat, *Le Moniteur*, Hors série, juin 1992, p. 58 ; RENAULT C. Voir autrement l'habitat des personnes âgées dépendantes. *Gestions hospitalières*, n°375, avril 1998, p. 287 et s.

<sup>31</sup> Elaborée en 1987 par la commission droits et libertés de la Fondation nationale de gérontologie et réactualisée en 1996.

pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

Depuis quelques temps, les politiques mettent l'accent sur l'habitat pour les personnes âgées souffrant de la maladie Alzheimer. Il en est ainsi de la circulaire du 16 avril 2002<sup>32</sup> relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées qui prévoit l'amélioration de la qualité des structures d'hébergement. On peut également citer la circulaire du 30 mars 2005<sup>33</sup> relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 qui préconise la création de structures d'accompagnement et de répit, c'est-à-dire des structures permettant un accueil de jour, une garde itinérante et un accueil de nuit.

Signalons aussi l'obligation de mise en accessibilité de tous les bâtiments, qu'ils soient existants (avec des nuances) ou nouveaux, qu'ils concernent la vie publique ou le logement. Cette obligation s'inscrit dans l'élargissement de la prise en compte de l'ensemble des types de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, prévu par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 et par le décret relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation » (décret n°2006-655 du 17 mai 2006).

Sur un plan plus local, le Schéma départemental des établissements et services pour personnes âgées 2001-2006 de Dordogne préconise notamment d'achever l'humanisation des établissements en programmant les travaux de rénovation, d'hygiène et de sécurité. De plus, il prescrit de rénover l'image des MR en mettant en avant des initiatives innovantes telles que l'ouverture sur l'extérieure ou l'offre de services diversifiés.

### **1.3.2 La prise de conscience de l'impact architectural sur les usagers : L'impact environnemental**

A la suite des travaux de Kurt Lewin et de Roger Barker, s'est développée une psychologie écologique conceptualisant l'interaction entre l'homme et son environnement<sup>34</sup>. Il en résulte que l'architecture a des effets sur la vie quotidienne et sur

---

<sup>32</sup> Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002.

<sup>33</sup> Circulaire n°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/2005/172 du 30 mars 2005.

<sup>34</sup> Seconde moitié du XIXème siècle : MASSON-GALLEAN A. *Penser l'architecture en long séjour...*Mémoire DESS public, ENSP, 2001. Pour des précisions sur la psychologie des espaces : MOLES A., *Psychologie de l'espace*, Paris, Editions Casterman, 1977.

les comportements des usagers. Ainsi, évoluer dans une structure vétuste et inadaptée ou dans une structure neuve et adaptée aux enjeux actuels n'est pas anodin tant pour les résidents ou patients, leurs familles et proches que pour le personnel.

#### A- Impact sur les résidents/patients

L'impact peut s'avérer purement psychologique. Le fait d'évoluer dans une structure vétuste dévalorise celui qui y vit. La rigidité, la froideur des matériaux a un impact sur le moral des résidents. Une structure non teintée de couleurs chaudes, ne développant pas d'espaces de vie, ne s'ouvrant pas sur l'extérieur ne favorise pas le bien-être de la personne âgée qu'elle soit dépendante ou non. Or, « plus un individu passe de temps dans un espace, plus ce dernier doit être en adéquation avec les besoins du premier »<sup>35</sup>. L'intégration dans un établissement est déjà difficile pour un nouveau résident, en raison du choc qui suit sa rupture avec sa vie passée. Le fait d'intégrer une structure vétuste et inadaptée renforce l'angoisse de la personne âgée.

L'architecture a également un impact sur la perte d'autonomie de la personne âgée dépendante. En effet, l'environnement physique impacte sur la dépendance de la personne. D'après le concept d'environnement prothétique (*prosthetic environment*) proposé par Lindsey en 1964, un environnement adapté réduit les risques liés aux déficiences locomotrices, sensorielles ou cognitives et favorise le maintien de l'indépendance<sup>36</sup>. A contrario, un environnement inadapté accentuera ou du moins ne favorisera pas l'autonomie de la personne.

C'est sur cette notion d'environnement prothétique que s'est basé L'institut Weiss du Centre gériatrique de Philadelphie, créé en 1974, pour améliorer les conditions d'existence des personnes âgées souffrant de déficits cognitifs. L'environnement physique doit être conçu en fonction des lacunes intrinsèques de la personne en vue de permettre une optimisation de ses performances, en utilisant des mesures extrinsèques qui sont appliquées de façon permanente et continue.

#### B- Impact sur les familles et proches

Les familles ou les proches d'un résident éprouvent, le plus souvent, un sentiment de culpabilité en confiant leurs parents à une institution. Cet abandon forcé est ressenti

---

<sup>35</sup> PICARD Ph., Gériatrie et espaces architecturaux, *Revue de gériatrie*, tome 25, n°1, janvier 2000, p. 50.

<sup>36</sup> Pour plus de détails : P. CAPPELIEZ, P. LANDREVILLE, J.VEZINA, *Psychologie clinique de la personne âgée*, Masson 2000, p. 153.

comme un échec. Dès lors, l'attitude des familles peut se révéler très rigide à l'égard de l'établissement ; faisant peser le poids de leur culpabilité sur ses épaules.

Mais, si une structure moderne, adaptée, chaleureuse peut diminuer l'angoisse et la culpabilité vécues par les familles, il en va tout autrement lorsque la structure donne une image dépassée, froide ou rigide. Difficile, en effet, d'aider dans ces conditions les familles à déculpabiliser.

### C- Impact sur le personnel

Si le personnel ne vit pas constamment au sein de la structure, il y passe une grande partie de son temps. L'image même de la MR a un impact sur le personnel, et plus particulièrement soignant. N'oublions pas que nous sommes dans une MR hospitalière et que le milieu de la gérontologie, malgré ses avancées (supra p. 11), attire moins (en règle générale) que les autres spécialités que peut offrir un CH.

Si un tel constat peut s'expliquer par le faible attrait actuel de la gérontologie, l'image renvoyée par la structure est aussi importante. L'aspect esthétique de la structure participe à la valorisation de l'image de ceux qui y vivent mais aussi de ceux qui y travaillent. Il est toujours plus agréable (et donc plus motivant) de travailler dans une structure moderne et adaptée que dans une structure vétuste et inadaptée. Néanmoins, les carences structurelles sont parfois sources de solidarité entre le personnel, leurs conditions de travail les rapprochant les uns des autres<sup>37</sup>.

Si l'esthétique est un des aspects non négligeable de l'impact environnemental sur le personnel, il n'est pas le seul. L'ergonomie de la structure joue aussi un rôle. Le fait d'allonger, par de grands couloirs, les distances parcourues par le personnel génère une perte de temps et une fatigue du personnel évitable. Mais qu'en est-il de la réalité de structure du CH de Bergerac ?

## **1.4 La vétusté et l'inadaptation architecturale de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac**

### **1.4.1 Une structure ancienne ayant longtemps souffert du manque de projet**

La structure pour personnes âgées du CH de Bergerac a été construite de 1969 à 1974, date de son ouverture. Elle avait pour vocation de recevoir les résidents de la MR mais aussi les patients de l'USLD du CH. La direction avait décidé de la rattacher

---

<sup>37</sup> Données recueillies à travers les différents entretiens avec le personnel de la structure du CH.

physiquement au CH, lui permettant ainsi de bénéficier du plateau technique. Elle a donc fait partie intégrante de l'hôpital et a été assimilée comme un de ses services, au même titre que le service de médecine ou de chirurgie. Cette intégration a été si forte que sa vocation purement gérontologique s'est estompée au fil des ans. En effet, la structure (Annexe 1), qui se présente comme une barre de béton, est constituée de 4 étages dont certains ont fait l'objet d'une activité purement hospitalière ; si bien que l'espace des usagers de la MR et de l'USLD se soit considérablement amenuisé.

A l'origine, le rez de chaussée et les 4 étages étaient utilisés pour et par les résidents et patients de la structure. Elle comprenait 200 lits (la capacité autorisée étant alors plus importante qu'actuellement) occupés majoritairement par des personnes handicapées vieillissantes. Au fur et à mesure des décès, les lits vacants ont augmenté mais n'ont pas été occupés ; la direction souhaitant réserver une aile de la structure pour des activités de chirurgie. C'est ainsi que dès le début des années 80, les locaux du 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étage ont été utilisés par l'hôpital et à des fins purement hospitalières. Actuellement, seuls le rez de chaussée, le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> étages sont occupés par les résidents de la MR et les patients de l'USLD. Les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> étages sont utilisés pour des activités hospitalières. La structure, en raison de sa configuration, a toujours fait, et continue de faire l'objet d'opérations tiroirs.

La structure date des années 70 et n'a pourtant, depuis, subi aucune modification architecturale (extension, reconstruction, restructuration). Pendant longtemps, elle n'a pas été la, ou au moins l'une, des priorités du CH. Ce constat s'explique principalement par le fait que la gérontologie occupe une place secondaire dans le monde hospitalier. La représentation sociale dévalorisée des personnes âgées, le faible attrait de la discipline pour des professionnels avides de soins techniques et innovants (médecins, soignants mais aussi administratifs) entraînent une priorisation systématique des projets concernant d'autres disciplines (chirurgie, obstétrique...jugées plus nobles) qui constituent la vitrine du CH. A l'heure de la tarification à l'activité, de la technicité grandissante et de la spécialisation ambiante, il est peu fort probable qu'un tel constat persiste. C'est pourquoi, il appartient aux directeurs d'établissements sanitaires et sociaux d'impulser un sens gérontologique dans les hôpitaux où il fait souvent défaut. Toutes ces considérations expliquent la lente progression vers la vétusté et l'inadaptation architecturale de la structure ; ne correspondant plus aux défis du phénomène de la dépendance auxquels doivent faire face les EHPAD et leurs dirigeants.

Il faudra attendre l'année 2000 pour que la direction impulse un projet architectural visant à construire un nouvel EHPAD sur un autre site mais toujours à proximité de l'hôpital. Ce projet ne visait que la reconstruction de la MR qui devait comporter un étage (80 lits et sans aucune unité Alzheimer) ; l'ancienne structure continuant d'héberger les patients de

l'USLD. Il avait été aussi décidé de créer, en son sein, une unité Alzheimer après rénovation d'une partie de la structure. Mais il s'agissait là d'un projet futur.

Ce projet s'est arrêté au stade de l'Avant Projet Sommaire en 2002, APS qui n'a pas été validé par les autorités de tutelle. Le projet sera arrêté par le directeur (directeur intérimaire) en raison du coût trop important de la construction et du surcoût de fonctionnement lié à la multiplication des structures pour personnes âgées.

Le directeur, actuellement en place, a repris et reconfiguré le projet de reconstruction d'un EHPAD dès la fin 2004. Le programme de reconstruction a été validé par le Conseil d'administration du CH le 17 décembre 2004. Le projet se trouve aujourd'hui au stade de l'APS qui n'a toujours pas été validé par les autorités de tutelle et de tarification en raison du coût de la construction qui impacte trop fortement le prix de journée. Afin de débloquent la situation, un groupe de travail réunissant la DDASS, le CG et la direction a été mis en place. Tous les moyens techniques et financiers (financement complémentaire par différents organismes, utilisation des prêts locatifs sociaux désormais ouverts aux établissements et permettant de bénéficier d'un taux de TVA de 5,5% pour les travaux effectués, au lieu de 19,6%) sont exploités.

Si les projets architecturaux se sont fait attendre, ils n'ont pas été les seuls. La Structure n'a jamais été rénovée dans son intégralité. Le temps a fait son œuvre sans que les dirigeants ne lui fassent ombre. Si quelques travaux d'entretien ont été réalisés (rénovations partielles, travaux de peinture), ils sont apparus bien dérisoires au regard de la vétusté ambiante. Pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux procès verbaux dressés par la Commission de sécurité de l'arrondissement de Bergerac. La structure, classé en type U a fait l'objet d'un avis défavorable à la continuité de son exploitation en 1999 ; avis réitéré en 2002 et 2005. Il faudra attendre la fin de l'année 2005 pour que les travaux de désenfumage débutent. Ce n'est qu'au prix d'une pression légale et administrative que quelques changements s'opèreront. Il en ira de même pour les travaux de climatisation de la grande salle à manger et de l'office du rez de chaussée qui ont eu lieu fin 2003. Mais de nombreuses carences subsistent.

#### **1.4.2 Une structure dépassée :**

Elle ne correspond plus à ce qu'il est légitime d'attendre d'une MR aujourd'hui. Le modèle fonctionnaliste n'est plus d'actualité, la tendance étant désormais au modèle domestique. De plus, la structure n'offre, ni une accessibilité ni un confort optimal.

#### A- Une structure basée sur le modèle fonctionnaliste : Une structure rigide

La forme architecturale de la Structure (« barre » de 90 m de longueur et 16 m de largeur) est basée sur le modèle fonctionnaliste qui s'est développé dans les années 60-70<sup>38</sup>. Il correspond à une époque où l'industrialisation du bâtiment et la capacité à produire en grandes séries étaient devenus possibles et nécessaires pour répondre au besoin d'hébergement des personnes âgées.

Le modèle fonctionnaliste<sup>39</sup> repose sur une architecture planifiée et basée sur l'efficacité de la technique et du soin<sup>40</sup>. Il se caractérise par l'existence de locaux (surtout des chambres) distribués par une circulation continue et linéaire. C'est ce mode de distribution des chambres qui a donné naissance aux longs couloirs, à ces « tuyaux fonctionnels » essentiellement faits « pour passer sans y séjourner, desservir sans s'en servir »<sup>41</sup> et qui sont omniprésents dans la Structure. En effet, le rez de chaussée et chaque étage sont constitués d'un long couloir froid et opaque de part et d'autre duquel sont disposés les chambres mais aussi l'infirmierie, parfois les bureaux de l'administration (présents uniquement au 2<sup>ème</sup> étage), les petites salles à manger ; les locaux de ménage et de stockage, les sanitaires collectifs, parfois le local couture, coiffure (du 2<sup>ème</sup> étage) et l'espace animation du rez de chaussée.... Ainsi, espaces privés, collectifs et les services se trouvent imbriqués les uns aux autres sans qu'aucun élément de filtre ne vienne les différencier : « Les gens sont fondus dans la masse » (aide soignante). Le repérage spatial s'avère difficile dans un tel contexte : comment une personne souffrant de démence peut-elle s'orienter lorsque l'agencement des étages apparaissent similaires ? A quasi-équidistance de chaque couloir des étages, seul un espace collectif avec fauteuils et télévision vient rompre la répétitivité et la monotonie infligée par cette structure longitudinale. Au rez de chaussée, ce rôle incombe au Hall de l'accueil et au couloir mettant en perspective la grande salle à manger qui est le seul local non intégré au sein de la « barre » mais qui est accolé à cette dernière (Annexe 1).

---

<sup>38</sup> Pour des précisions sur l'évolution de l'architecture hospitalière : BEAUVAIS M., Evolution de l'architecture hospitalière, *Techniques hospitalières*, n°697, mai-juin 2006, p. 10 et s.

<sup>39</sup> Pour plus de précisions : C. EYNARD et D. SALON, *Architecture et Gériatrie*, Peut-on habiter une maison de retraite ? L'Harmattan, avril 2006, p. 125 et s.

<sup>40</sup> Rappelons que la structure correspond au type U en matière de sécurité incendie ; ce qui peut contribuer à expliquer également son architecture. Le principe du transfert horizontal, associé à l'isolement systématique entre locaux et circulations, a contribué à la configuration d'une organisation spatiale linéaire : op. cit, p. 144.

<sup>41</sup> Op.cit., p. 126.

Malgré ces quelques bouffées d'oxygène dans ce paysage rigide constitué par une architecture rectiligne, l'impact architectural reste majoritairement négatif pour tous les usagers de la structure.

#### B- Une structure dont l'accessibilité est limitée :

A la rigidité du bâti de la structure s'ajoute son inaccessibilité. Le déplacement dans certains lieux s'avère très complexe pour les personnes à mobilité réduite. Les sanitaires individuels ne sont pas accessibles en fauteuil roulant ni avec un déambulateur. Les chambres (individuelles et à deux lits) sont difficilement praticables eu égard à leur superficie (Chambre 1 lit+Sanitaire : 15,55 m<sup>2</sup>, Chambre 2 lits+Sanitaire : 21,29 m<sup>2</sup>; Chambre à 4 lits+Sanitaire : 39,04 m<sup>2</sup>) et ne répondent donc pas aux normes de surfaces fixées par l'arrêté du 26 avril 1999. Ce dernier imposant notamment une surface minimale de 18 m<sup>2</sup> pour les chambres individuelles et 30 m<sup>2</sup> pour les chambres jumelées.

Soulignons que 6 % des MR et 4 % des USLD présentent des carences en matière d'accessibilité, aux abords comme à l'intérieur du bâtiment<sup>42</sup>. De plus, les chambres disposant de douches accessibles avec un fauteuil roulant sont présentes dans 34 % MR rattachées à un hôpital contre 64 % de MR privées à but lucratif.

#### C- Une structure qui s'avère parfois inconfortable :

Si la structure se révèle rigide, parfois inaccessible, elle est aussi inconfortable. La superficie minimaliste des chambres ne permet pas aux résidents/patients d'entreposer quelques meubles personnels<sup>43</sup>, si bien que l'appropriation de leur espace privé peut s'avérer difficile. Les chambres se limitent aux besoins minimums, pas de superflu : un lit, une chaise et parfois une petite table de nuit. Elles apparaissent donc impersonnelles et vides, même si certains résidents parviennent, du moins tentent de reconstituer un « chez soi », en couvrant les murs de photos.

Aucune chambre n'est dotée de douches individuelles ; seule une douche collective par étage est mise à disposition. Les sanitaires ne sont pas adaptés aux personnes âgées dépendantes. Il est à noter qu'il existe de grandes disparités d'offres d'équipements sanitaires selon les types d'établissement : 73 % des chambres dans les MR privées à but lucratif sont équipées de douches contre 34 % des chambres dans les USLD et 36 % dans les MR rattachées à un hôpital. La structure du CH de Bergerac s'inscrit dans un contexte où les MR hospitalières et les USLD font souvent figure de parent pauvre du monde sanitaire et social.

---

<sup>42</sup> Données recueillies dans : *Personnes âgées dépendantes*, Rapport du Commissariat général du Plan de juillet 2005, p. 276 et s.

Le confort est également mis à mal au regard de la faible ergonomie et de l'emplacement des interrupteurs de lumière. Difficile pour des personnes qui ont souvent des difficultés à se mouvoir d'y accéder sans se contorsionner (notamment ceux à proximité des lits).

La structure est encore, actuellement dotée de chambres à 4 lits (7 au 1<sup>er</sup> étage et 7 au 2<sup>ème</sup> étage) et 2 lits (8 au 1<sup>er</sup> et 8 au 2<sup>ème</sup> étage). Difficile dans de telles conditions de parler du respect du droit à la vie privée et à l'intimité. Le confort de vie s'en trouve nettement amoindri. Seul 1 % des MR rattachées à un hôpital dispose de chambres à 3 lits et 4 % pour les USLD. La Structure du CH fait partie de cette minorité.

Ce manque de confort s'accompagne de la vétusté générale du bâti, avec ses tapisseries écornées et jaunies, ses murs entamés, ses câbles et fils électriques apparents, l'absence de volets ou de stores dans certaines chambres. Ces constats sont d'autant plus difficiles à accepter que dans la majorité des établissements qui hébergent des personnes âgées l'occultation des fenêtres par des volets, rideaux, stores est réalisée<sup>44</sup>.

Comme le fait remarquer le personnel : « On a beau laver, la structure reste toujours aussi sale ». Ce constat d'impuissance manifeste l'impossibilité, malgré les efforts consentis, de pallier la vétusté grandissante. Une action devait alors être entreprise, le projet architectural allait faire son entrée en scène.

## **2 FACE AUX EVOLUTIONS ACTUELLES : LE PROJET ARCHITECTURAL DE RECONSTRUCTION, UNE PROCEDURE SEQUENCE**

La construction d'un projet architectural est parsemée d'étapes que le directeur et son équipe se doivent de franchir pour le mener à bien. Elles constituent des paliers qui semblent hermétiques les uns aux autres. Un tel constat est manifeste à l'aune de l'analyse de chaque stade de la procédure architecturale. On peut distinguer 4 phases dont deux font l'objet de la loi MOP<sup>45</sup> (programmation et conception) :

- la phase d'organisation où est défini le projet de service.

---

<sup>43</sup> Ce que ne permet pas d'ailleurs le type U.

<sup>44</sup> Constat effectué par le Commissariat Général au Plan : op. cit., p. 280 et s.

<sup>45</sup> Loi 85-704 du 12 Juillet 1985 : Loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée.

- la phase de programmation où est formalisée la commande du maître d'ouvrage qui n'est autre que, selon l'article 2 de la loi MOP, la personne morale pour laquelle l'ouvrage est construit, c'est-à-dire le CH représenté par son directeur.
- la phase de conception où l'architecte<sup>46</sup> dessine les premières esquisses jusqu'aux plans définitifs et procède à la consultation des entreprises. C'est lors de cette phase que sont réalisés les avant-projets qui préparent le projet définitif. Tout d'abord, l'esquisse du projet développe les solutions architecturales possibles, les délais de réalisation, la compatibilité financière, la faisabilité avec le programme et affiche les plans au 1/500, avec la volumétrie et les façades. Ensuite se déroule la phase de l'avant-projet sommaire où les réponses apportées au programme sont envisagées, et où les dispositions techniques à apporter, le site, la réglementation, la construction du dossier permis de construire et les Plans au 1/200 sont affichés. Après a lieu la phase de l'Avant projet définitif où sont définis les installations techniques, les matériaux et où les plans sont au 1/100. Enfin, le projet définitif est définitivement arrêté.
- la phase de réalisation du projet dans laquelle les entrepreneurs entrent en scène.

En l'espèce, le projet se situe au stade de l'APS. L'analyse du processus architectural jusqu'au stade de l'APS nous permettra de mettre en évidence les moyens employés par le CH pour faire en sorte que le projet réponde aux attentes des usagers. Pour se faire, la direction place le projet de service en position de chef d'orchestre du projet architectural. Ensuite, elle formalise la commande qui sera faite aux architectes avec l'aide d'un architecte programmiste. Enfin, arrive le tour des concepteurs (les architectes).

## **2.1 Le préalable nécessaire du projet de service : la pierre angulaire du projet architectural**

Afin que le projet architectural ait du sens, le directeur doit savoir axer toute la procédure sur le projet de service dont la réalisation est une obligation ; exigence suivie par le CH.

### **2.1.1 L'obligation de réaliser un projet de service**

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs hiérarchisés, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que le bilan des points forts et faibles de l'existant. Ce projet est établi pour une durée de 5 ans<sup>47</sup>. Il s'agit d'une obligation qui

---

<sup>46</sup> En l'espèce, un cabinet d'architectes choisi dans le cadre d'un concours.

<sup>47</sup> Obligation issue de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et de l'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

s'impose au directeur mais uniquement pour l'activité sociale du CH et donc pas pour l'USLD. Mais au regard du projet qui vise, à terme, à accueillir les résidents et les patients au sein du nouvel EHPAD, le projet de service vise également les patients de l'USLD. D'ailleurs, une circulaire <sup>48</sup> énonce que la prise en charge gériatrique en USLD requiert à la fois un projet de soins et un projet de vie. Nous emploierons le terme de projet de service étant donné que la MR et l'USLD ne disposent pas de la personnalité morale.

Ce projet est constitué du projet de vie et du projet de soins. Le projet de vie est la proposition d'ordonnancement de dispositions internes au service, issue d'une dynamique collective, visant à traduire les modalités d'une prise en compte des besoins, des désirs, des attentes, des demandes de chacun des résidents et des patients du service, avec le concours le plus large de ses acteurs et dans le cadre de principes éthiques explicités qui font prévaloir la dignité de la personne<sup>49</sup>. Quant au projet de soins, il définit les concepts et valeurs partagées par le personnel soignant quant à leur pratique soignante.

### **2.1.2 Le choix du directeur d'associer projet de service et projet architectural**

De la volonté de rompre avec la vétusté et l'inadaptabilité actuelle de la structure à la mise en service du nouvel EHPAD, il existe un long chemin parsemé d'embûches auquel doit faire face le directeur et tous les participants au projet. Si ce chemin est long, il est aussi nécessaire. Il permet, en effet, de parvenir à un stade de maturation et d'éviter des erreurs de conception qui seraient lourdes de conséquences pour l'avenir.

C'est au sein de ce processus que s'inscrivent le projet de vie et le projet de soins qui en constituent le premier maillon. En effet, ils manifestent la philosophie du service et les actions qu'entendent mener les professionnels. Ils dressent la trame du projet d'accueil et de prise en charge de la personne âgée dépendante. Le projet de service va permettre d'imaginer comment s'articulera l'activité de la nouvelle structure, de réfléchir à ce qu'on veut faire dans le bâtiment en s'interrogeant sur les valeurs de l'établissement (qui sommes nous, où sommes nous et quel est le cadre de référence) et sur celles du territoire dans lequel il s'inscrit.

C'est dans cette optique que le projet architectural va trouver sa raison d'être dans le projet de service. C'est ce dernier qui va produire du sens, sens nécessairement gérontologique car axé sur la personne âgée dépendante. C'est pourquoi ce projet, et

---

<sup>48</sup> Circulaire DHOS/02/DGAS/2C/2006/212, 15 mai 2006, BO aff. Soc 2006.

<sup>49</sup> LABOREL B., VERCAUTEREN R., *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*, érès 2004, p 12.

bien que nulle obligation légale ne l'impose, doit constituer la première étape du processus architectural et servir de fil conducteur pour toutes les étapes futures<sup>50</sup>.

### **2.1.3 Historique et management du projet de service**

Le projet de service de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac répond à une démarche stratégique et participative limitée. Malgré la réalisation de ce projet dans le cadre du premier projet architectural, c'est celui-ci qui sera reconduit pour servir de base au nouveau projet architectural.

A- La création du projet de service : une démarche stratégique et participative

#### 1) Une démarche stratégique

Le rôle du projet de service est de décider quelle direction souhaite emprunter la structure pour l'avenir. En d'autres termes, il s'agit d'expliquer à quoi sert l'établissement et où il va. C'est le directeur qui a la charge de cette démarche. Il doit analyser, au regard des enjeux actuels (dépendance, besoin en hébergement dans la localité...), vers quelle activité doit tendre la structure et en définir les «valeurs phares ». Il devra définir notamment la pertinence de la capacité d'hébergement de la structure, la mise en place d'alternatives à l'hébergement (accueil de jour, hébergement temporaire, services à domicile...) ou encore la pertinence de la création d'une unité Alzheimer. En fonction de l'activité retenue, il devra définir la politique de gestion des ressources humaines, le mode de fonctionnement de la structure et tous les accompagnements budgétaires nécessaires.

Mais pour positionner stratégiquement la structure<sup>51</sup>, il devra analyser les faiblesses et les forces de la structure mais aussi son environnement. C'est la raison pour laquelle, il est judicieux de se référer aux orientations politiques mais aussi au Schéma gérontologique départementale qui permet de diagnostiquer les besoins locaux, tant en place qu'en termes de modalités d'accueil. En l'espèce, le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire pour soulager les familles est patent ; tout comme celui des créations d'unités spécifiques pour malades Alzheimer. Mais tous ces développements doivent s'analyser à l'aune de la concurrence. Quels sont les projets des autres établissements de proximité, quel avantage pouvons nous développer par rapport aux concurrents, quelle stratégie de différenciation, devons nous nous spécialiser dans l'accueil de malades Alzheimer ?...

---

<sup>50</sup> Voir le schéma du processus architectural : Annexe 4.

<sup>51</sup> Au regard du modèle stratégique de Harvard in FERNEZ S., *cours de Management stratégique 2005-2006*, IAE de Toulouse.

Face à de telles interrogations, le projet de service réalisé en 2000, se révélera peu ambitieux. En effet, ce projet s'orientera vers une capacité d'accueil de 80 lits pour personnes dépendantes mais non atteintes de la maladie Alzheimer; ce qui constituait l'une des faiblesses du projet étant donné l'évolution déjà perceptible en 2000 de l'augmentation croissante du nombre de personnes souffrant de la maladie Alzheimer.

Le projet prévoyait également la mise en place d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Quant à l'USLD, elle devait désormais être séparée de la MR. Ce projet préconisait d'ailleurs la reconstruction de la MR sur un autre lieu.

Si le directeur a la charge de réaliser le projet de service, il est fort recommandé qu'il ne le réalise pas seul ; ce qui aurait d'ailleurs peu de sens.

## 2) Une démarche participative limitée

En 2000, la direction a pris la décision de réaliser un projet de vie et un projet de soins dans l'optique du projet architectural futur (voir infra : p. 28).

Pour se faire avait été mis en place un comité de pilotage chargé d'orienter, d'arbitrer, de communiquer, de décider et de mettre en œuvre le projet de vie et de soins. Ce comité était constitué de la Directrice des soins, de la cadre de santé, de l'ingénieur et de l'assistante sociale. Le directeur, bien qu'ayant impulsé le projet, ne faisait pas partie de ce groupe. Il est bien évident que, par la suite, il a validé le projet. En tant que structure décisionnelle et stratégique, le comité de pilotage avait pour vocation de chapeauter le groupe projet qui devait respecter les orientations fixées. Ce dernier était composé des référents de chaque catégorie professionnelle évoluant au sein de la structure pour personnes âgées. C'est ainsi que les infirmières, les aides-soignantes, les ASH et agents de l'animation étaient représentés. Tous les référents ainsi que les membres du comité de pilotage ont reçu une formation (6 jours) dispensée par l'O.A.R.E.I.L afin de les aider à réaliser le projet de vie et de soins (Il est à noter que le projet de soins n'a été mis en place que par le groupe de soignant et s'est appuyé sur le projet de service de Soins Infirmiers du CH de Bergerac).

Chaque référent du groupe projet se réunissait pour réfléchir sur le nouveau projet de vie et de soins. Chacun se répartissait un thème qu'il affectionnait, rencontrait le personnel de son service et « allait à la pêche » à l'information. Il n'existait pas de groupes de travail formalisés. Les référents se faisaient l'écho des personnels de leurs services. Ensuite, le groupe projet mettait en cohérence, homogénéisait et hiérarchisait les propositions faites au niveau des groupes de travail. Quant à ces derniers, l'ensemble du personnel a eu la possibilité d'y participer.

Si une telle démarche apparaît participative<sup>52</sup>, elle n'en reste pas moins limitée. En effet, si les différents groupes de travail ont pu faire appel à des résidents ou des familles lors de leur réflexion, cette participation était ponctuelle et informelle. Seul le personnel a participé activement à la réalisation du projet de service et non l'ensemble des usagers. L'impact de la démarche participative n'en est alors que plus réduit. Certes, cette intervention ne pourrait concerner le projet de soins, propre au personnel mais elle aurait eu une incidence sur le projet de vie. Si le personnel est à l'écoute des besoins des résidents, il ne peut tout envisager. Qui de mieux placer que le résident mais aussi sa famille pour participer à la définition d'un projet de vie qui leur est dédié ; surtout lorsqu'il est réalisé à l'aune du projet architectural futur.

#### B- Un projet de service réalisé dans l'optique d'un projet architectural futur

Cette réflexion collective a donné naissance au projet de vie et au projet de soins de la structure pour personnes âgées. Ce qui se dégage principalement du projet de service est l'affirmation selon laquelle la future structure du CH de Bergerac doit être un lieu de vie avant d'être un lieu de soins, c'est-à-dire un lieu dans lequel les personnes âgées puissent se sentir chez elles. C'est la raison pour laquelle le projet de service entendait bannir toute structure de type hospitalier formée par de longs couloirs ; leur réduction étant alors souhaitée. Ainsi fut préconisée l'instauration d'unités de 20 lits rompant le schéma longitudinal.

Le projet de vie a mis en évidence cinq valeurs sur lesquelles les groupes de travail se sont appuyés pour envisager les prémices d'une réponse architecturale. En effet, pour chaque valeur, les groupes de travail se sont attachés à envisager les moyens architecturaux nécessaires (locaux et leur organisation) pour assurer la satisfaction de la valeur recherchée. Un tel travail a permis de dégager la commande qui sera finalisé par le programmiste (infra : p. 32). Il a été procédé comme suit :

##### - La première valeur consiste à respecter la personne âgée dans sa globalité :

Cette valeur consiste à assurer à la personne âgée le plus longtemps possible un parcours autonome en lui permettant de conserver ses habitudes de vie, son identité, son intimité en prenant en compte ses volontés et ses handicaps.

Pour se faire, la structure devra favoriser l'accueil et le repérage des usagers. Un code couleur simple permettra de différencier les lieux privés, les lieux collectifs (différenciation

---

<sup>52</sup> En ce sens qu'elle favorise la « participations aux décisions, grâce à l'association du personnel à la définition et à la mise en œuvre des objectifs » : HERMEL P., *Le management participatif : sens, réalités, actions*. Les éditions d'organisation, 1988, 253 p.

entre l'animation et la restauration : code jaune orangé et code bleu pour la salle de soins et salles de bain) et les lieux pour le personnel (code rouge).

La structure devra également permettre au résident de conserver son rythme de vie et de maintenir ses liens avec l'extérieur, en un mot respecter ses habitudes de vie. C'est pourquoi, la structure devra favoriser la liberté de mouvement, prévoir un local dédié à une blanchisserie ménagère, un local couture, une salle à manger modulée en 4 zones qui soit claire, conviviale, insonorisée, ventilée et spacieuse pour la circulation des personnes en fauteuil roulant et des chariots de service.

Le nouvel EHPAD devra aussi permettre le respect de l'identité de la personne. Ainsi, les portes des chambres devront être personnalisés à l'aide d'un support sur lequel sera écrit le nom et prénom du locataire et qui pourra recevoir une illustration en rapport avec sa vie passée. Des repères tactiles et auditifs seront nécessaires pour les non voyants afin qu'ils conservent leur indépendance le plus possible. Les chambres pourront être personnalisées (aménagements intérieurs libres, sauf gros mobiliers).

Afin de favoriser l'intimité de la personne, les chambres seront individuelles, confortables et comporteront une douche et un sanitaire individuel. Mais il convient de prévoir des chambres jumelées en prévoyant une porte de communication entre deux chambres pour les couples. Chaque chambre fermera à clé ainsi que les placards y figurant (seul le personnel disposera des clés, par mesure de sécurité et uniquement en cas d'urgences). La structure doit également offrir aux résidents le choix de moduler leur séjour en fonction de leurs objectifs et de leurs besoins C'est pourquoi, la structure doit contenir des locaux dédiés à l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.

Enfin, la dépendance de la personne âgée devra être prise en compte au regard des déplacements qu'elle sera amenée à faire, que ce soit dans sa chambre ou dans les espaces collectifs ou semi-collectifs.

- La seconde valeur consiste à favoriser le maintien des liens avec la famille et l'entourage :

Le résident est une personne à part entière qui doit garder ses liens avec son entourage, son utilité sociale, les activités antérieures, même si, à un moment de son existence, il change de lieu de vie. Ainsi, une salle à manger ainsi qu'une cuisine équipée seront à la disposition des résidents et leurs familles afin d'y partager un moment privilégié.

- La troisième valeur consiste à créer une vie sociale dans l'institution par le biais de l'animation :

C'est le rôle de l'animation de créer cette vie sociale en proposant des activités variées, individuelles ou collectives. Afin de favoriser cette vie sociale, il est préconisé de créer une salle d'activité avec une zone informatique pouvant accueillir une vingtaine de

personnes, d'installer une véranda ou une serre interne dans laquelle les résidents pourront s'adonner au jardinage. Est également prévu, un espace pour la cuisine thérapeutique, une salle de kinésithérapie pouvant aussi servir à la gymnastique douce ou à la musicothérapie, une bibliothèque, une salle T.V pour la projections de films ou de documentaires et enfin un parcours senteur-santé aménagé en deux parties, une axée sur le déplacement et une composée de fleurs, arbres, plantes aromatiques.

- La quatrième valeur consiste à ouvrir la structure vers l'extérieur et l'intégrer dans le tissu social :

La structure doit savoir s'ouvrir sur l'extérieur tout en y amenant elle-même sa propre identité et son savoir-faire. Dans cette optique, devra être disponible, une salle polyvalente de 150 places, un bureau polyvalent pour que les associations assurent des permanences et un garage pouvant abriter des voitures de fonction.

- La cinquième valeur consiste à accompagner tout au long du séjour :

Le vieillissement est un processus naturel qui aboutit à la mort. Une prise en charge très médicalisée n'est pas forcément nécessaire. L'équipe souhaite accompagner les résidents dans les derniers moments de leur vie et soutenir la famille. Pour faciliter les étapes du deuil, le corps du défunt reposera dans sa chambre sur un lit réfrigérant. Au sous-sol, une salle d'attente et un local funéraire seront disponibles.

Le projet de soins a lui aussi contribué à la définition architecturale du futur EHPAD. Il a été préconisé que les résidents seront soignés sur rendez-vous dans une zone médicalisée située au rez-de-chaussée comprenant une salle d'attente, un bureau médical, une salle d'examen, de kinésithérapie, un bureau infirmier et une salle de soins.

Si tant le projet de vie que le projet de soins ont été analysés à l'aune du projet architectural futur, on peut regretter le manque de précisions et de réflexions dans l'analyse des besoins exprimés. Le plus souvent, le projet de vie et de soins se bornent à énumérer les locaux dont ils souhaitent disposer sans en dévoiler ni l'utilisation qui en sera faite ni leur agencement par rapport aux autres espaces.

Le fait de ne pas avoir affiné l'analyse contribue à amenuiser le sens que le projet de service doit insuffler au projet architectural. Moins la commande est précise et réfléchie, moins les attentes des usagers (en l'occurrence le personnel) ne seront satisfaites.

Ce sont, pourtant, ces projets de vie et de soins réalisés en 2000 qui vont être reconduits pour servir de base au projet architectural actuel.

### C- La reconduction du projet de service dans le cadre du nouveau projet

Le projet de 2004 s'appuie sur le même projet de vie et de soins réalisés quatre ans plus tôt. Or, si le nouveau projet architectural ressemble au premier<sup>53</sup>, il en diffère nettement lorsqu'on l'analyse par rapport à la population accueillie<sup>54</sup>.

En effet, alors que le premier projet ne prévoyait l'hébergement que de personnes âgées plus ou moins dépendantes (les patients de l'USLD subsistant dans l'ancienne structure), le nouveau projet vise l'ensemble des personnes âgées dépendantes, qu'elles relèvent de l'USLD ou de la MR. Néanmoins la différenciation, au sein même de la nouvelle structure, de ces deux catégories d'usagers devait persister. En effet, la transformation de l'USLD en EHPAD aurait diminué le montant de la dotation<sup>55</sup> actuelle perçue par le CH pour ses 50 lits d'USLD (les patients d'USLD étant en général plus dépendants que les résidents en EHPAD). Ainsi, l'architecte devra prévoir l'installation au sein de la structure des patients de l'USLD et aussi l'obligation de satisfaire aux normes incendie d'une structure de type U et non de type J, comme cela pouvait être le cas lors du projet précédent puisque l'USLD n'était pas présente.

En outre, le nouveau projet prévoit l'hébergement de personnes souffrant de la maladie Alzheimer. Certaines problématiques ne sont donc pas abordées dans le projet de vie et le projet de soins. Comment expliquer un tel état de fait ?

La principale raison invoquée était la faible plus-value qu'aurait pu apporter le nouveau projet au regard des coûts (en personnels et donc en temps) qu'il aurait engendré. La philosophie dégagée lors du premier projet n'a pas évolué, si bien que l'ensemble du projet demeure valable ; même si on peut regretter le manque de réflexions sur certains points comme l'insertion dans la cité ou l'intergénérationnel. De plus, il est à noter, qu'au regard des entretiens et des observations réalisées, il aurait été très difficile de motiver une nouvelle fois le personnel pour un projet qui venait d'être récemment enterré mais surtout pour un projet qui a déjà du mal à voir le jour (lassitude du personnel mais aussi des résidents). Mais un tel argument a peu d'intérêt lorsqu'on l'analyse à l'aune de l'obligation de modifier ou du moins de retravailler le projet de service tous les 5 ans.

Malgré l'absence de réactualisation formelle du projet de vie et de soins, il n'en reste pas moins que la direction a créé un nouveau comité de pilotage chargé de suivre le nouveau projet. Ce comité est composé du directeur, du chef de service des finances, de la cadre supérieure de santé (ancien cadre de la structure), de la cadre de santé, de

---

<sup>53</sup> Au regard des plans.

<sup>54</sup> D'ailleurs la capacité d'accueil s'en trouve augmentée : 110 lits dont 15 places d'accueil de jour.

<sup>55</sup> Les USLD ont été dotées d'un nombre de points forfaitaires supérieur à celui des établissements médico-sociaux, mais une récente étude (PATHOS) montre que cette différence ne se justifie pas.

l'ingénieur subdivisionnaire et du directeur stagiaire (intervenu au stade de l'APS réalisé). Tout en s'appuyant sur le projet de vie et de soins existant, il a modifié la commande qui allait être faite au programmiste, et par son intermédiaire, au cabinet d'architectes. Il a été décidé de répartir les lits en quatre unités de 20 lits et deux unités de 15 lits, une dédiée aux personnes âgées souffrant de la maladie Alzheimer et une autre qui hébergerait des personnes non Alzheimer.

Mais ayant conscience de l'évolution socio-démographique, il sera demandé au concepteur de prévoir la possibilité de transformer, à court ou moyen terme, l'unité traditionnelle en unité Alzheimer. La commande sera donc principalement axée sur la première unité. L'unité Alzheimer devra être intégrée à la structure afin de permettre la mise en commun de certaines fonctions (animation par exemple). Cette unité devra constituer une zone relativement indépendante et à l'accès contrôlé. A cet effet, elle doit comprendre l'ensemble des fonctions communautaires quotidiennes (salon, salle à manger, espaces animation...). Elle doit également comprendre son propre espace soins ainsi qu'un accueil de jour spécifique intégré. Enfin, les espaces de vie communautaires devront favoriser la déambulation (parcours en boucle) et s'ouvrir sur un jardin extérieur protégé (clôtures).

En résumé, cette unité devra répondre au modèle domestique dont l'ancêtre sont les CANTOUS (coin du feu en occitan). Il s'agissait d'unités closes de petite dimension regroupant une douzaine de résidents, dépendant psychiquement, autour « d'une maîtresse de maison ». La finalité recherchée était d'introduire dans la structure un cadre de vie qui s'inspirait d'un habitat de type communautaire et familial s'organisant autour d'une salle commune capable de rassembler les résidents et les professionnels autour des tâches domestiques. L'unité Alzheimer se rapproche des CANTOUS par la place centrale qu'occupe le lieu de vie mais s'en écarte par la prise en charge médicale et soignante permanente au sein de l'unité ; ce qui manquait d'ailleurs aux CANTOUS au regard des critiques dont il a fait l'objet.

Une fois la commande redéfinie, le maître d'ouvrage a pu passer à la seconde phase, celle de la programmation.

## **2.2 Le passage obligatoire de la formalisation de la demande : la phase de programmation**

Ce passage se manifeste tant par l'étude de faisabilité que par la réalisation du programme technique détaillée. Ils représentent « la traduction d'intentions et d'objectifs

initiaux en exigences finales »<sup>56</sup>. Ces deux études sont rendues obligatoires par l'article 2 de la loi MOP qui prévoit qu'il appartient au maître d'ouvrage, « après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'oeuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux ».

### **2.2.1 L'étude de faisabilité**

L'étude faisabilité présente un intérêt indéniable pour la suite du projet, c'est à ce stade qu'a été prise la décision de reconstruire la structure sur un autre site.

#### A- L'intérêt indéniable de l'étude de faisabilité

Tout projet architectural doit, en amont, faire l'objet d'une étude de faisabilité. Pour se faire, l'opération est évaluée au regard des règles d'urbanisme, de sécurité, d'accessibilité, au regard des surfaces, de la capacité d'hébergement mais aussi de l'implantation, du nombre de niveaux, de l'organisation spatiale intérieure, du fonctionnement, de l'aménagement des espaces extérieurs, de l'orientation par rapport à l'ensoleillement... Une telle étude est souvent intégrée à la phase de programmation et, dès lors confiée à un programmiste.

Mais avant de s'assurer que l'environnement naturel (surfaces, ensoleillement, constructibilité du terrain...) et normatif (règles de sécurité, d'urbanisme...) ne contreviennent à la réalisation de l'opération, le directeur a dû décider quel type d'opération allait être lancée. C'est, en effet, lors de cette phase que le directeur du CH de Bergerac a dû opter entre la restructuration de la structure personne âgée ou sa reconstruction. Et dans ce dernier il a fallu choisir entre la reconstruction sur le même site ou sur une délocalisation. Ce fut la phase la plus cruciale de l'étude de faisabilité.

#### **B- Le choix de la reconstruction sur un autre site**

Le directeur a pris la décision de reconstruire la structure sur un site proche de l'hôpital en s'appuyant sur des considérations tant techniques et financières que stratégiques.

##### 1) La reconstruction : Un choix technique et financier

L'étude de faisabilité réalisée en partenariat avec un architecte programmiste et la direction (notamment l'ingénieur subdivisionnaire) a permis de dégager la difficulté

---

<sup>56</sup> EYNARD C., SALON D., préc., p. 206.

technique et les conséquences financières lourdes pouvant découler d'une restructuration de la structure. C'est au regard de ces données qu'une analyse comparative entre le coût d'une restructuration et d'une reconstruction a pu s'opérer.

La structure actuelle est un bâtiment composé en bétons vibrés, de murs de refends en dur souvent utilisés dans les années 70-80 (entretien avec le cabinet d'architectes Cazeaud-Daries), de maçonneries lourdes et de façades peu ouvertes. Ces types de matériaux ne facilitent pas la restructuration. S'ils présentent l'avantage de la solidité, ils ont l'inconvénient d'être peu maniables. La reconfiguration des murs aurait généré de lourds travaux de démolition et de renforts.

En outre, la vétusté générale de la structure (supra : p. 18) nécessite une rénovation complète (peinture, plomberie vétuste, reconfiguration intégrale des circuits d'eau qui actuellement facilitent la propagation de la légionellose).

Au regard des travaux à réaliser et de leurs coûts (la démolition et la reconfiguration des murs, les travaux au niveau des circuits d'eau, les travaux de rénovation qui doivent permettre de répondre aux enjeux actuels de la dépendance), le montant global de la restructuration était supérieur à 70 % du coût de la construction neuve. Dès lors, il apparaissait plus pertinent (ce qui d'ailleurs est préconisé) de reconstruire plutôt que de restructurer ; d'autant plus que la reconstruction permettait de repenser avec plus de liberté les moyens qui doivent être mis en œuvre pour répondre aux besoins actuels des usagers (professionnels, résidents, patients, familles et proches...).

C'est donc le choix le plus pertinent qui a été retenu au regard du contexte, de la finalité recherchée, des contraintes naturelles et des coûts du projet. Mais sur quel site la reconstruction devait-elle s'opérer ?

## 2) La reconstruction sur un autre site : Un choix stratégique

La direction était confrontée à deux choix : celui de démolir la structure actuelle pour la reconstruire sur le même site ou celui de la reconstruire sur un autre site.

Le CH de Bergerac est propriétaire depuis 1997<sup>57</sup> d'un terrain boisée d'une superficie de 9975 m<sup>2</sup> situé en face de l'actuelle structure et donc toujours à proximité de l'hôpital bien que n'étant plus accolé à ce dernier. Ce site d'implantation présente l'avantage de continuer à intégrer les usagers au sein du tissu social puisqu'il est situé à l'Est du centre-ville de Bergerac. De plus, le terrain, qui abrite actuellement une construction qui sera

---

<sup>57</sup> Cette acquisition avait été faite dans l'optique de la reconstruction du nouvel EHPAD lors du projet précédent.

démolie préalablement aux travaux, est situé dans une zone résidentielle faiblement bâtie et revêt une qualité paysagère indéniable (espaces verts, arbres centenaires). Cet avantage est aussi un inconvénient. En effet, toute la partie sud du terrain a été classée par le Plan d'occupation des sols en tant qu'espace boisé ; si bien qu'il est impossible de construire sur cette partie. Dès lors la superficie s'en trouve amoindrie. Néanmoins, l'espace boisé qui se situe côté sud générera une ombre qui protégera les façades.

Outre, les avantages que peut procurer le site, ce choix permettait d'éviter la démolition préalable de la structure mais surtout de pouvoir étendre totalement son utilisation aux activités propres du CH qui actuellement sont limitées en raison de sa superficie.

Enfin, le fait de séparer physiquement la structure de l'hôpital, tout en étant à proximité, permettrait d'allier l'avantage de disposer d'un plateau technique rassurant et de rompre avec un passé hospitalier qui ne permettait pas de stigmatiser la structure en tant que lieu de vie. En effet, la structure actuelle est partie intégrante de l'hôpital si bien qu'il est impossible, sans signalétique, de la distinguer extérieurement de ce dernier (ce qui se conçoit plus pour l'USLD que pour la MR). Le nouveau site d'implantation favoriserait ainsi à la fois l'efficacité technique de l'hôpital et la « dynamique de confort, de bien-être et de chaleur » impulsée par un lieu de vie.

## **2.2.2 Le programme technique détaillé**

Il ne sera pas question ici d'énumérer le contenu du programme, ce qui n'aurait que peu d'intérêts mais de montrer en quoi le programme technique est essentiel et pourquoi son appropriation est délicate pour le maître d'ouvrage.

### A- Un cahier des charges indispensable

Le programme définit les besoins et attentes des utilisateurs, précise l'organisation et les surfaces à prévoir pour l'établissement en fonction des préconisations liées à l'accueil et l'hébergement des personnes âgées dépendantes et définit les contraintes et exigences en matières architecturales, urbanistiques, fonctionnelles, économiques, réglementaires et techniques<sup>58</sup>.

Le programme technique détaillé est donc une phase qui ne doit pas être négligé car il constitue le «cahier des charges qui servira de base de travail au concepteur et lui

---

<sup>58</sup> Article 2 de la loi MOP.

permettra de connaître les performances à atteindre du futur bâtiment »<sup>59</sup>. Ceci a d'autant plus d'importance qu'il servira au concours d'architectes, procédure obligatoire lorsque le marché de maîtrise d'œuvre est égal ou supérieur à 210 000 euros hors taxe<sup>60</sup>. Un programme comprend habituellement le tableau des surfaces, les prescriptions techniques générales, les diagrammes fonctionnels, les fiches par local, les schémas d'implantation et les prescriptions techniques spécifiques.

En effet, dès ce stade, les surfaces, l'accessibilité, le positionnement, l'agencement des espaces est décrit au travers de fiches programmatiques. Dès lors, il est possible pour le programmateur de proposer un organigramme général, qui bien que n'étant pas une représentation en plan du futur projet, apparaît comme une clarification des liaisons souhaitées. C'est ainsi, par exemple, qu'il a été décidé de lier l'espace salle à manger avec l'espace salon et l'espace animation.

Mais la mission du programmateur est aussi de poser les contraintes du projet. Il doit rappeler à l'architecte les contraintes réglementaires qui peuvent être administratives (Marchés publics, droit du travail, de l'urbanisme...), techniques (normes des travaux de bâtiments, règlements de sécurité et d'incendie pour les E.R.P, normes d'accessibilité, normes pour les personnes à mobilité réduite, la réglementation thermique...) ou hygiénistes (normes d'hygiène et de propreté pour la conception des espaces de restauration, prévention de la légionellose...). A titre d'exemple, citons l'impossibilité de construire sur la partie sud du terrain (3400 m<sup>2</sup>) étant donné que cet espace est classé en tant qu'espace boisé. Dès lors la surface constructible se limite à 6600 m<sup>2</sup>.

La définition du cadre réglementaire et l'exposé de la commande ne doivent pas être négligés car c'est ce qui servira de base pour l'établissement du contrat qui liera le maître d'ouvrage avec le maître d'œuvre pendant toute la durée de l'opération. C'est la raison pour laquelle, il est important de procéder à un inventaire précis permettant d'éviter toutes erreurs ou oublis futurs qui seraient préjudiciables pour l'avenir de la structure. D'ailleurs, lors de cette phase figure une estimation du coût des travaux et le calendrier de réalisation des travaux (valeur seulement indicative).

L'ensemble du programme doit être basé sur le projet de service réalisé au préalable et qui sert de cadre de référence. Qu'il s'agisse de la définition du site d'implantation (terrains, bâtiments, accès, réseaux, règles d'urbanisme...) ou des fonctions et finalités que le maître d'ouvrage entend attribuer à chaque espace, les prescriptions inscrites au programme s'appuient sur le projet de service et les valeurs qu'il défend. C'est ainsi que

---

<sup>59</sup> EYNARD C., SALON D., préc., p. 206.

<sup>60</sup> Article 74 du Code des Marchés Publics.

le souci, inscrit comme une des valeurs prioritaires du projet de vie, d'ouvrir la structure sur l'extérieur et de l'intégrer dans le tissu social est retranscrit par une ouverture sur l'extérieur des chambres situées au sol par le biais de portes-fenêtres, par l'aménagement d'un parcours « senteur-santé », par une signalétique et un repérage extérieur clair pour les résidents, par des allées piétonnes, par des jardins d'agrément...

#### B- Une appropriation parfois délicate par le maître d'ouvrage

Le programme est réalisé par le maître d'ouvrage. Mais au regard de la technicité de la tâche, il est souvent fait appel à un programmiste.

Or, il peut arriver que ce dernier introduise ses préférences « dans l'écriture programmatique qui devrait rester froidement objective »<sup>61</sup>. Mais l'affirmation de telles préférences ne se résume-t-elle pas parfois à une énumération des modèles et tendances actuelles face une demande du maître d'ouvrage peu exhaustive ? En effet, il peut arriver que la phase d'organisation du projet architectural soit délaissée ; n'oublions pas qu'elle n'est pas obligatoire. Dès lors, confronté à des demandes implicites et non exhaustives, le programmiste s'enferme dans les modèles préétablis. Par exemple, l'unité Alzheimer avec son jardin thérapeutique, son lieu de vie où il est possible de déambuler tout en assurant la sécurité des personnes... Les réflexions sur la place des malades Alzheimer au sein de la structure, leur relation avec les autres résidents sont passées sous silence alors qu'elles ont un impact architectural, notamment sur les liaisons entre les différentes unités.

Si les modèles et tendances dégagées par le programmiste peuvent apparaître pertinentes, ils restent « étrangers » à la structure car ils n'ont pas fait l'objet d'une réflexion préalable des usagers (résidents, familles, personnels). Or, rien ne vaut l'expérience des usagers pour formaliser une demande faite aux architectes et qui se doit d'être la plus fine possible, sous peine d'être vide de sens.

C'est donc les carences au stade de la phase d'organisation qui rejaillissent sur la phase de programmation et qui se retrouveront nécessairement au stade de la conception.

### **2.3 La conception du projet architectural :**

La phase de conception vient parachever la phase d'organisation et de programmation. Elle a été confiée à un cabinet d'architectes et est pour l'heure bloquée au stade de l'APS.

---

<sup>61</sup> GEORGESCU T. L'architecture, travail de l'homme et pour l'homme. *DH Magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n° 106, avril-mai 2006, p. 27.

Elle constitue, avant tout, une réponse architecturale aux attentes formulées par le maître d'ouvrage lors de la phase de programmation.

### **2.3.1 Le projet architectural, une réponse architecturale**

« La mission de maîtrise d'oeuvre que le maître de l'ouvrage peut confier à une personne de droit privé ou à un groupement de personnes de droit privé doit permettre d'apporter une réponse architecturale, technique et économique au programme »<sup>62</sup>. C'est en ce sens que l'architecte centralise l'acte du bâtisseur et traduit spatialement les réflexions et exigences déterminant l'accompagnement de la personne âgée dépendante.

#### A- La traduction stricte de la commande du maître d'ouvrage

Le rôle de l'architecte consiste à répondre aux besoins exprimés, et seulement ceux qui auront été exprimés, par le maître d'ouvrage à l'aune du programme technique détaillé. En effet, ce programme constitue le cahier des charges que doit suivre l'architecte et qui sert de base au contrat le liant au maître d'ouvrage (le contrat d'ingénierie). Or, comme nous l'avons vu plus haut, la commande peut ne pas refléter l'ensemble des exigences du maître d'ouvrage dès lors qu'elles n'ont pas été clairement formulées et traduites par le programmiste. Dans ce cas, il est difficile pour l'architecte, même impossible, de rectifier le tir, surtout lorsque les échanges entre les différentes phases ne sont pas développés : l'architecte reçoit le programme sans échanger avec l'ensemble des usagers.

C'est en considération de ces obstacles que l'architecte, en configurant le bâti, en agencant les différents espaces, et surtout en respectant dans la mesure du possible les liaisons spatiales formulées, tente de répondre à la demande du maître d'ouvrage. Pour autant, ces différentes exigences réduisent-elles la créativité de l'architecte qui fait l'attrait de ce métier ?

#### B- L'intégration des contraintes du projet : une limite à la créativité

Ces dernières, qui ont été révélées lors du programme technique détaillé, doivent être intégrées par l'architecte. En effet, lors de la conception il doit tenir compte des contraintes réglementaires, techniques et hygiénistes. Dans le cadre du projet de reconstruction, la réponse architecturale à la commande a été limitée par la superficie constructible. En effet, comme nous l'avons signalé plus haut, la partie sud ne peut être utilisée en raison de son classement en espace boisé. Dès lors, au regard de la capacité d'accueil (110 lits et 15 places d'accueil de jour), la marge de manœuvre dans configuration du bâti ne pouvait que diminuer.

---

<sup>62</sup> Article 7 de la loi MOP.

De plus, en raison de l'intégration de l'USLD au sein de la structure, les normes sécurité-incendie de type U s'imposent. Or, le type U est généralement considéré comme plus contraignant que le type J<sup>63</sup>. En effet, tous les locaux donnant sur les circulations horizontales sont isolés par des portes et des parois ayant des caractéristiques de résistance au feu adéquates, en rapport avec la nature du local. De plus, il n'existe pas de possibilité d'aménagements particuliers dans les zones de locaux de sommeil.

La multitude des exigences fonctionnelles, normatives semble, à première vue, limiter la créativité de l'architecte. Mais comme l'indique M. Georgescu, architecte, cabinet AARD, ce n'est pas le cas. « Certes, l'hospitalier est un genre architectural où d'énormes contraintes viennent s'ajouter à celles de tout autre projet (site, surfaces, voirie, orientation, finances...). Mais lorsqu'on parvient à les intégrer dans sa réflexion et à les dominer, ces exigences stimulent l'inspiration car on peut jongler avec »<sup>64</sup>. Dans le même sens J-M Tourret, ajoute que la créativité « peut toujours s'accommoder des contraintes fonctionnelles fixées par le programme. En tous cas si l'architecte a suffisamment d'expérience pour ne pas se focaliser (car le temps de la conception est toujours compté) sur le seul respect des fonctionnalités demandées, il peut réserver à sa partie créative, l'architecture pure, l'image, la convivialité, la lisibilité des ouvrages...la place nécessaire »<sup>65</sup>. C'est dans ce sens que le cabinet d'architectes a réalisé le plan architectural tel qu'on peut l'analyser au stade de l'APS.

### **2.3.2 Le projet architectural du CH de Bergerac au stade de l'APS**

Le plan architectural (Annexe 2 et 3) prévoit une structure à deux étages qui se décompose en 7 secteurs : Hébergement (traditionnel et Alzheimer), Vie communautaire, Accueil-administration, Cuisine, Médical, Les locaux personnel et le Service funéraire. Les secteurs sont dorénavant bien catégorisés, ce qui n'est pas le cas de la structure actuelle. Ils constituent la nouvelle structure. Mais ce qui permet de dévoiler son visage repose, non sur sa sectorisation, mais sur son affirmation en tant que lieu de vie capable de répondre aux enjeux actuels de la dépendance.

---

<sup>63</sup> Type J concerne les établissements pour personnes âgées et handicapés et a été mis en place par l'arrêté du 19 novembre 2001 (JO du 16 février 2002).

<sup>64</sup> GEORGESCU T., préc., p. 27.

<sup>65</sup> TOURRET J-M. La fonctionnalité n'a pas tué la création. *DH magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n° 106, avril-mai 2006, p. 25.

A- L'affirmation de la structure en tant que lieu de vie

Le principe du projet de service<sup>66</sup> s'articule autour de l'affirmation selon laquelle la structure doit être un lieu de vie plutôt qu'un lieu de soins. C'est la raison pour laquelle, les architectes se sont attachés à rompre avec le modèle fonctionnaliste en consacrant la structure à la fois comme un lieu conforme aux valeurs du projet de vie mais aussi capable de répondre aux exigences de soins.

### 1) Un lieu de vie tentant de rompre avec la structure hospitalière

Les architectes ont tenté d'amoindrir le caractère hospitalier de la structure alors que statutairement elle reste une structure sanitaire hybride (présence de l'USLD et MR)<sup>67</sup> :

Ainsi, ils se sont attachés à ne pas créer de longs couloirs. Les secteurs hébergements ont été configurés en forme de L sur 3 niveaux (rez de chaussée, 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage). Les 110 lits sont répartis en 4 unités de 20 lits pour l'hébergement traditionnel et 2 unités de 15 lits, une pour l'hébergement Alzheimer et une autre pour l'hébergement traditionnel mais qui est adaptable Alzheimer. La différence entre ces deux types d'unités réside dans le modèle domestique reposant sur une configuration et un environnement spatial similaire à une maison. Les espaces privés (la chambre) se trouvent intégrés dans l'espace collectif reproduisant tous les espaces d'une maison en miniature : coin cuisine, coin salon, coin salle à manger ; mais aussi dans l'espace soins. Chaque chambre se connecte directement sur l'espace collectif et l'espace de soins, si bien que la barrière entre espace privé et espace collectif tend à être confondue et par conséquent l'intimité en pâtit.

Les deux unités de 15 lits sont des unités de vie quasi-autonomes, ce qui n'est pas le cas des autres unités. Ces dernières ne correspondent pas au modèle domestique dans la mesure où seul un salon est intégré dans l'unité et que l'espace y est plus réduit en raison du nombre accru de lits. De plus, et en raison tant du nombre de lits que du faible volume de l'espace semi-collectif, le schéma longitudinal du modèle fonctionnaliste réapparaît. Néanmoins la présence de ces unités, quant bien même on ne pourrait les qualifier d'unités de vie<sup>68</sup>, offrent aux usagers un espace semi-collectif (un coin salon) leur permettant d'évoluer au sein d'une petite communauté et d'éviter la collectivité qui est

---

<sup>66</sup> Si la plupart des réflexions dégagées dans le projet de service pourront être mises en œuvre au stade de l'Avant projet définitif (code couleur, personnalisation des portes de chambres...), des prescriptions sont d'ores et déjà satisfaites au stade de l'APS.

<sup>67</sup> Beaucoup de structures sanitaires (USLD) tentent paradoxalement de se défaire de leur caractère hospitalier : DESMAY D. Une architecture pour personnes âgées dépendantes. *Techniques hospitalières*, n°649, septembre 2000, p. 61 et s.

<sup>68</sup> Ce terme étant réservé aux unités capables d'être autonomes.

parfois pesante. Ceci contribue à instaurer une vie sociale en leur sein. C'est donc, un choix qui est laissé à l'usager qui peut se rendre dans son espace collectif ou demeurer dans « son » espace semi-collectif. Ce choix est bien évidemment ouvert pour les unités de vie, bien que pour les malades Alzheimer un encadrement soit assuré (infra : p. 44).

La vie sociale est enfin prégnante au sein de l'espace qui lui est dédié ; c'est-à-dire ce que nous appellerons le pôle vie. Ce dernier est constitué du secteur vie communautaire, du secteur cuisine et du secteur Accueil-administration. Il a été décidé de lier ces différents espaces en raison de leur attractivité. Le Hall d'accueil débouche directement sur le salon et laisse ainsi présager la vie communautaire qui peut s'y dérouler. Les activités animations pourront être proposées à proximité de tous ces espaces collectifs. La cuisine, proche de la salle à manger, occupe une place attractive au regard des odeurs, de l'activité interne, des allées et venues du personnel... La cuisine thérapeutique située à proximité accentuera l'engouement des futurs usagers à s'installer dans la salle à manger et pas seulement pour les moments de repas. Quant à l'ouverture du secteur vie communautaire sur le parc, elle favorise la liberté de mouvement. Enfin, l'ensemble de la structure favorise la pénétration de la lumière naturelle au regard tant de son implantation que par ses baies vitrées.

## 2) Un lieu de vie assurant des soins et des services de proximité

Cette vie sociale s'articule aussi autour des soins. En effet, l'existence d'un espace médical extérieur tout en restant à proximité des espaces d'hébergement permet aux usagers de se rendre chez le médecin comme ils en avaient l'habitude. Cet espace médical est composé d'une salle de soins, de bureaux pour les médecins et d'un local dédié à la kinésithérapie. Mais afin d'assurer une présence soignante sécurisante et toujours plus proche, au sein de chaque unité, se trouve le bureau local infirmier. Ainsi, tout en demeurant un lieu de vie, la configuration spatiale a permis d'insuffler du soin. La proximité des services de soins n'est pas un cas isolé. En effet, chaque unité dispose de locaux utilisés pour la fonction linge (linge propre, linge sale), de sanitaires et d'une salle de bain collective.

## 3) Des espaces de vie en conformité avec les valeurs du projet de vie

Si incontestablement le plan architectural a tenté de répondre à la philosophie générale du service personne âgée, il a aussi tenté de répondre aux exigences formulées sous forme de valeurs par le projet de vie.

La nouvelle structure intègre le respect de la personne âgée dans sa globalité. Ainsi, le repérage et l'accueil seront facilités au regard de la configuration spatiale et de la

sectorisation des espaces. En effet, le secteur hébergement se différencie nettement du secteur administration ou du secteur vie communautaire. Ainsi espace privé et espace semi collectif se dégagent de l'espace collectif.

De plus, le maintien des liens avec l'extérieur a su être conservé en intégrant des locaux permettant, de par leur volume et leur fonction, aux usagers de pratiquer des activités qu'il avait l'habitude de faire avant leur entrée en institution : cuisine (atelier cuisine), couture (atelier prévu à cet effet), salle à manger conviviale, espace coiffure et bibliothèque...

La structure permet aussi d'assurer le respect de l'intimité. Les chambres sont en majorité individuelles et des chambres jumelées ont été prévues pour les couples au sein des unités d'hébergement traditionnel.

Le souci d'ouvrir la structure sur l'extérieur a été réalisé en partie. Si des contraintes économiques et techniques (superficie limitée) n'ont pas permis la mise en place d'une salle polyvalente, ces mêmes contraintes ont sensiblement réduit l'ouverture physique de la structure sur le parc (espace boisé). Seules les chambres Alzheimer (côté sud) donnent sur ce dernier. Or, ces chambres ne disposeront pas de portes fenêtres, au regard de la commande du maître d'ouvrage et en raison de l'exigence de sécurité. Ainsi les usagers ne disposeront pas d'ouverture directe sur l'extérieur sauf, depuis le secteur vie communautaire. Le sentiment de liberté s'en trouve nécessairement réduit. Les résidents étant contraints de circuler dans les espaces collectifs de l'institution (Hall ou secteur vie communautaire) pour pouvoir sortir. L'espace institutionnel intervient toujours comme la transition entre l'espace privé (chambre) et l'espace public (hors institution). On peut également regretter le manque de réflexion sur l'utilisation du parc qui pourrait servir de liens avec l'extérieur en permettant son ouverture au public ; facilitant ainsi les rencontres entre plusieurs générations.

La structure favorise également le maintien des liens familiaux en permettant aux résidents et à leurs familles ou proches de partager des moments agréables au regard du volume et de la configuration de l'espace communautaire. En effet, des lieux, autres que la chambre, sont aménagés afin de préserver l'intimité et l'isolement des familles ou des proches avec le résident ou le patient (coins salon et espaces détente).

Le développement de la vie sociale s'inscrit aussi dans l'espace animation réservé à cet effet. Des locaux, tel que l'atelier cuisine, l'atelier couture, la bibliothèque permettront d'assurer aux usagers les moyens matériels nécessaires pour diversifier leurs activités. On peut cependant regretter le manque de réflexion sur l'ouverture et la mise en perspective de ces espaces ; ce qui aurait pu favoriser plus d'attractivité. Ces locaux

semblent avoir été disposés les uns contre les autres sans véritable soucis d'ouverture de l'espace animation sur l'extérieur (notamment espace détente ou Hall d'accueil).

Enfin un local permettra d'assurer le service funéraire, favorisant ainsi l'accompagnement du résident mais aussi des familles et des proches jusqu'à la fin de vie.

#### B- La nouvelle structure, un lieu adapté à la dépendance

La nouvelle structure bénéficie des avantages d'une structure neuve et pensée au regard des évolutions actuelles. En effet, sa nouveauté permet de faire en sorte qu'elle satisfasse aux normes en vigueur et tendances actuelles en matière de dépendance et spécifiquement au regard du développement de la maladie Alzheimer.

##### 1) Création d'une Unité de vie adaptée aux personnes atteintes de détériorations mentales :

La nouvelle structure pourra accueillir 15 personnes souffrant de la maladie Alzheimer (et maladies apparentées) et, si besoin était dans l'avenir, 15 malades Alzheimer de plus grâce aux capacités d'évolution d'une unité traditionnelle en unité Alzheimer. Au total c'est donc deux unités de vie qui pourront répondre au défi Alzheimer.

Ces unités sont intégrées à la structure et se situe au rez-de-chaussée, solution généralement préconisée pour éviter tout risque de chute ou de fugue qui pourrait s'avérer fatal et surtout pour que ces unités puissent s'ouvrir sur le jardin clos. Ce dernier constitue un prolongement extérieur du lieu de vie et apparaît relativement spacieux. Il présente également l'avantage, au regard de son emplacement (en creux du L formé par les unités de vie), de permettre aux professionnels d'avoir une vision permanente des résidents se situant dans le jardin.

Comme nous l'avons déjà signalé, ces unités sont basées sur le modèle domestique. Il s'agit d'unités dont le lieu de vie est central, toutes les chambres s'y connectant directement. Ce lieu comprend le coin salle à manger, séjour, l'espace soin qui sont réservés aux malades Alzheimer. C'est d'ailleurs une telle configuration qui permet d'optimiser la surveillance par le personnel et donc la sécurité des résidents : peu importe où le malade se trouve, il peut être vu. En l'occurrence, certaines chambres ne donnent pas directement sur l'espace extérieur privatif ; ce qui peut constituer un avantage. En effet, nous avons déjà pu signaler que le modèle domestique n'est pas sans présenter d'inconvénients. La chambre en se connectant directement sur le lieu de vie, laisse peu de place à l'intimité. Or, les chambres ne donnant pas directement sur le séjour sont une minorité. Mais elles sont constituées de petites entrées qui permettent d'adoucir la transition entre espace privé et espace institutionnel ; adoucissement qui reste relatif.

Comme pour toute unité spécifique Alzheimer, un espace de déambulation a été aménagé (les hyperactifs déambulants peuvent parcourir vingt kilomètres par jour), ce qui permet d'impulser une certaine liberté au sein de la structure et permet de ne plus user des moyens de contention.

L'unité Alzheimer apparaît comme la vitrine de la future structure. En effet, c'est ce secteur d'hébergement qui sera le plus visible. En étant situé à proximité de l'accueil et de l'espace vie communautaire, l'unité est partie intégrante de l'établissement.

Pourtant peut-on réellement affirmer que l'unité Alzheimer ne soit pas isolée du reste de la structure ? Par le fait même qu'elle soit délimitée spatialement et qu'elle soit stigmatisée en tant que lieu d'hébergement de malades catégorisés, elle constitue un lieu isolé où le sentiment d'exclusion mais aussi d'enfermement est présent. Les unités sont totalement dépendantes ; si bien que l'utilisation des autres locaux n'apparaît pas comme une nécessité.

Cet enfermement, cette exclusion et cet isolement (physique) sont le fruit de raisons sécuritaires. Le souci d'éviter les « fugues » ; de pouvoir constamment surveiller le malade mais aussi le souhait d'éviter que ces malades, dérangeants, côtoient les autres résidents ; poussent actuellement les promoteurs de projet à intégrer les malades Alzheimer tout en les isolant. Cet isolement amoindrit la perception unitaire et centrale de la structure. Rappelons que dans le projet de vie, il est prévu la possibilité pour les malades Alzheimer d'accéder à la salle restaurant mais en prévoyant des heures de repas qui ne se chevauchent pas avec les autres résidents et patients.

## 2) Respect des règles d'accessibilité et l'adaptabilité des locaux

La nouvelle structure répond aux normes en vigueur en matière d'accessibilité. Les espaces (notamment chambres et largeurs des circulations) ont été pensés pour permettre aux personnes en fauteuil roulant ou en déambulateur de pouvoir circuler aisément (dimensions et encombrements...)

On peut cependant regretter que la longueur trop importante de certains couloirs (ceux des unités hébergement du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage) réduise la facilité des déplacements tant pour les résidents/patients que pour le personnel.

La nouvelle structure répond également aux recommandations de l'arrêté du 26 avril 1999, notamment en matière de dimensionnement des chambres : chambres individuelles à 20 m<sup>2</sup>. Or, lorsqu'on examine les réglementations relatives tant à la sécurité incendie qu'à l'accessibilité pour tout ERP, on se rend compte que la surface recommandée n'est pas éloignée de l'impact en volume de la réglementation. En effet, la surface totale,

minimale et nécessaire à l'application de la réglementation s'élève à environ 18 m<sup>2</sup><sup>69</sup>. Il ne reste donc plus que 2 m<sup>2</sup> d'occupation personnelle par le résident/patient. Dès lors, recevoir plus de deux personnes s'avèrera difficile ; le lit devra être utilisé comme siège d'appoint. Enfin, un espace privé d'une telle dimension crée un manque de diversité des points de vue préjudiciable pour les résidents et renforçant le sentiment d'habiter dans un loft concentré.

« C'est une vision aplatie de l'espace où l'offre est réduite à la plus proche expression d'un besoin objectif repéré, jamais envisagée sous l'angle d'un lieu de vie pour une personne à part entière, avec ses attentes propres »<sup>70</sup>. Mais au regard du contexte démographique, de l'évolution des pathologies liées au vieillissement, on voit mal comment la chambre pourrait devenir un authentique logement. N'oublions pas que la dépendance nécessite des équipements médicaux qui occupent une place non négligeable et une présence soignante importante.

Au regard de l'analyse du projet architectural du CH de Bergerac et de ses carences, il est possible de dégager des principes de management pour insuffler de la cohérence entre le projet architectural et le projet de service ; principes qui contribueront à forger un projet architectural efficace.

### **3 Manager un projet architectural gériatrique : Une coordination cohérente du projet de service et du projet architectural**

Il revient au directeur d'associer projet architectural et projet de service pour donner un sens gériatrique au projet. Mais pour qu'une telle association soit pertinente encore faut-il que le directeur adopte une démarche à la fois participative et transversale mais également centrée sur les usages.

Cette démarche plurielle, que doit s'approprier le directeur, doit être mise en œuvre dès le début de la procédure. Il n'en reste pas moins qu'au stade de l'APS elle garde un intérêt pour la mise en œuvre des éléments architecturaux qui seront détaillés au stade de l'APD.

---

<sup>69</sup> EYNARD C., SALON D., préc., p. 116 et s.

<sup>70</sup> Op. cit., p. 120.

### **3.1 L'impulsion directoriale d'une démarche participative et transversale.**

Impulser une dynamique gérontologique au cœur du projet architectural, c'est impliquer de manière continue l'ensemble des usagers dans la mise en œuvre du projet.

#### **3.1.1 Une large mobilisation des ressources humaines : La nécessaire implication de tous les usagers au projet architectural**

##### A- La mobilisation de l'ensemble des professionnels de la structure :

Il est primordial pour l'avenir du projet architectural d'associer l'ensemble des professionnels évoluant au sein de la structure pour personnes âgées. Qu'ils agissent à titre de salarié ou à titre libéral, ils doivent être impliqués dès le commencement du processus architectural, c'est-à-dire dès la conception du projet de service.

Ils représentent une ressource majeure au regard de la diversité des disciplines et des logiques qu'ils représentent. Certains d'entre eux travaillent essentiellement et quotidiennement auprès des résidents ou patients. Ils apparaissent, dès lors, comme une référence pour la personne âgée : le personnel soignant (infirmières et aide-soignantes) et les agents de service (cuisine, entretien, blanchisserie...). D'autres interviennent de manière plus sporadique : bénévoles, médecins, assistantes sociales, agents administratifs (accueil...), kiné-ergothérapeutes, psychologues ou ministre du culte<sup>71</sup>. Malgré cette différence, tous ont un rôle à jouer dans la construction du projet architectural car ils sont les acteurs et les utilisateurs de la structure. C'est en ce sens qu'ils ont leur mot à dire.

Le directeur doit motiver ces acteurs pour favoriser leur implication. Certes, la simple idée d'échapper à une structure vétuste et inadaptée est, en soi, facteur de motivation. Mais, il s'agit pour le directeur de favoriser une implication réelle, consciente et intense. En effet, les professionnels doivent être informés des enjeux du projet et des raisons pour lesquelles ils agissent.

Mais comment motiver le personnel ? Le terme motivation vient du latin *motivere* qui signifie mouvoir. Dans l'idée de mouvoir, il existe donc notamment l'idée de mouvement, c'est-à-dire la dynamique intérieure, personnelle et collective, en un mot une dynamique

---

<sup>71</sup> Distinction équipe rapprochée et équipe distale : Vercauteren R., M. Predazzi et M. Loriaux, *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. érès 2005, p. 67 et s.

d'équipe. Or, comme l'indique Michel Billé<sup>72</sup>, ce qui met une équipe en mouvement ce sont les valeurs<sup>73</sup> qu'elle entend défendre au sein de la structure. « Entretenir la motivation d'une équipe c'est donc, notamment maintenir ouverte la réflexion sur les valeurs ». Or, le projet de service, qui servira de base au projet architectural, doit manifester les valeurs partagées au sein de la structure. D'ailleurs, rappelons que selon la pyramide de Maslow, les individus cherchent à satisfaire des besoins hiérarchisés et notamment leur besoin de réalisation de soi, autrement dit celui de développer leurs valeurs ; ce que contribuera à réaliser le projet.

C'est donc en tant que les professionnels défendent les valeurs de la structure et donc leurs valeurs, qu'ils doivent se sentir impliquer dans le projet architectural qui n'est rien d'autre que le prolongement du projet de service qu'ils doivent réaliser. Le directeur doit mettre en évidence cet aspect du projet. Mais il doit aussi mettre en lumière l'importance du rôle des professionnels dans le processus architectural. Ce sont ces derniers qui vont contribuer à donner du sens au projet architectural en mettant en lumière la philosophie qui les guide et qui guide donc la structure<sup>74</sup>. Leur travail sur le projet de vie, le projet de soins aura un impact sur la conception par l'architecte du plan. Pour résumé, le directeur doit savoir démontrer l'utilité de l'action des professionnels. Une telle approche permettra aux professionnels de s'identifier à la mission confiée et, par conséquent, de développer une implication individuelle et collective dans le travail à réaliser. Comme l'énonce François Jolivet<sup>75</sup>, « le projet produit les hommes qui produisent le projet ».

L'effort de motivation est d'autant plus important qu'il a pu être observé le trop lourd poids des habitudes. Lors de mon arrivée au sein de la structure, la cadre de santé, tout en me faisant visiter les locaux, m'avait affirmé que malheureusement on s'habitue à y vivre et à y travailler ; ce que j'ai pu constater. Alors que certaines inadaptations me semblaient évidentes au début de mon stage, elles l'étaient beaucoup moins vers la fin. L'homme est doué d'une formidable faculté d'adaptation ; si bien que le bâti, si vétuste et inadapté qu'il soit, est banalisé. Les longs couloirs froids, ces peintures défraîchies, ces murs rectilignes n'offrant aucune perspective sont le lot quotidien du personnel. L'esprit critique des professionnels s'amenuise au fur et à mesure que le temps passe. La routine des

---

<sup>72</sup> M. Billé, Motivation et re-motivation des équipes en gérontologie. *Gérontologie, vision nouvelle*. n° 137, 1<sup>er</sup> trimestre 2006, p. 28.

<sup>73</sup> Valeurs qui s'articulent autour de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

<sup>74</sup> N'oublions pas, comme l'indique Michel Billé que « l'équipe n'existe que par l'institution », préc., p. 26.

<sup>75</sup> F. JOLIVET, *Manager l'entreprise par projets. Les métarègles du management par projet*. Ed. EMS, 2003.

habitudes de travail génère des palliatifs imposés par la structure, sans jamais plus s'interroger sur les adaptations et mutations qui sont nécessaires depuis longtemps. C'est cet esprit critique que doit mobiliser le directeur lors de la conception du projet.

#### B- La mobilisation des résidents/patients:

Le résident/patient doit être le premier bénéficiaire du projet architectural, l'objectif poursuivi n'est-il pas d'améliorer l'accompagnement de la personne âgée ? Or, bien souvent, il est laissé à l'écart du processus architectural. Certes, au regard des entretiens effectués, sa participation ne m'est pas apparu toujours aisée. Difficile, en effet, pour des personnes présentant des dépendances psychiques ou des déficiences intellectuelles de traduire des besoins et des désirs clairement définis. De plus, il peut s'avérer que les personnes âgées soient peu enclines à participer à un projet qui leur semble trop abstrait ou trop éloigné de leurs préoccupations. Malgré ces obstacles, le directeur doit user des moyens dont il dispose pour les impliquer.

Dès lors, qu'ils soient juridiquement capables ou non, ils devront être tenus informés de la mise en place d'un projet architectural. A titre complémentaire, pour ceux qui sont incapables juridiquement, leurs représentants devront être tenus informés. L'attention devra être portée sur l'impact du projet, sur leur futur lieu d'habitation et, par conséquent, sur l'intérêt de leur participation. En raison de la compétence requise pour assister et surtout participer aux réunions, seuls les résidents capables juridiquement pourront s'asseoir à la table des groupes de travail institués dans le cadre du projet de vie (le projet de soins étant réservé aux personnels soignants) qui servira de fondement au projet architectural.

Les moyens de communications employés devront être ceux habituellement utilisés : affichage et lettre individuelle adressée à chaque résident et accompagnée d'une communication verbale (très utile pour les résidents ne sachant ou ne pouvant plus lire) par le personnel (animatrice, soignants car ils sont proches du résident).

Dans le cas, peu probable, où le nombre de personnes souhaitant participer aux groupes de travail serait trop important, il serait judicieux d'organiser une élection où les résidents désigneraient leurs référents. Cela permettrait, malgré son caractère chronophage, de légitimer leur action et d'impulser une dynamique collective (les élections apparaissant souvent comme le signe de l'autonomie des résidents).

Dans le cas où les participants ne seraient pas assez nombreux mais quant bien même et à titre complémentaire, il serait intéressant, et d'ailleurs recommandé, d'y convier les « résidents membres » du Conseil de la vie sociale. En effet, l'article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que le projet de service est établi pour une durée de 5 ans après consultation du Conseil de la vie sociale. Le Conseil doit donc donner son avis sur le projet de service et donc sur le projet de vie.

### C- La mobilisation des familles :

Les familles sont également des usagers que le directeur se doit d'impliquer dans le processus architectural. En effet, les familles se déplacent au sein de la structure en tant que visiteurs, elles sont donc aussi des utilisateurs. De plus, le souci de permettre à leurs proches de bénéficier du meilleur accompagnement possible est un facteur de motivation pour participer au projet architectural. Le directeur devra donc les associer mais avant tout les informer par les canaux habituels (affichage mais surtout communication aux familles ayant l'habitude de venir au sein de la structure).

Cependant, il s'avère souvent difficile de faire intervenir les familles. C'est pourquoi, il serait une nouvelle fois intéressant d'utiliser le Conseil de la vie sociale qui comporte des représentants des familles. Ces derniers pourraient, en effet, intensifier la communication auprès des autres familles pour les inciter à participer.

### **3.1.2 Une mobilisation transversale**

Au regard de l'analyse qui a pu être faite (supra : 2ème partie) de la procédure architecturale, il s'avère nécessaire, pour le directeur, d'impliquer l'ensemble des usagers tout le long du processus. Pour se faire, des structures organisationnelles transversales doivent être mises en place ; générant nécessairement une démarche pluridisciplinaire.

### A- La nécessité d'impulser une mobilisation transversale

La procédure du projet architectural est relativement sectorisée (supra : p. 23). Si le projet de service est le fil conducteur de la procédure, ses intervenants mais surtout ses « usagers intervenants » sont souvent par la suite écartés. Une fois le projet de service réalisé, ne subsiste plus que son support écrit. Ce dernier sera annexé au programme technique détaillé qui s'en inspira mais qu'en restera-t-il lorsqu'il sera aux mains de l'architecte. Car si les phases du processus architectural sont sectorisées, la séparation est surtout patente entre la phase de programmation et la phase de conception. Cette séparation se manifeste notamment, par la mise en place d'un concours<sup>76</sup>. Il existe une nette séparation entre le projet architectural et la demande des concepteurs ; les concepteurs n'étant pas les programmeurs.

Or, comme le font remarquer Colette Eynard (gérontologue) et Didier Salon (architecte), « il n'est pas aisé de cheminer entre la somme d'exigences, de règles, de normes qui constituent un programme technique et la nécessité de configurer un lieu, idéal mais

improbable, chacun en ayant un bien à soi, différent, voire secret. Il n'est pas plus évident de concevoir un espace entre les objectifs quantitatifs affichés du projet institutionnel et les non-dits d'une demande implicite et subjectives des acteurs »<sup>77</sup>.

C'est, dès lors, la cohérence du projet architectural avec le projet de service qui est en jeu. L'une des réponses ne se trouverait-elle pas dans la mise en place de structures organisationnelles présentes tout le long du processus architectural ?

### B- La mise en place de structures organisationnelles durant le processus architectural

La mise en place de telles structures permettra de supprimer les barrières existant entre la phase de programmation et la phase de conception.

Ces structures organisationnelles s'organiseront sur 3 niveaux : L'organisation mise en place au CH devra être maintenue tout en étant développée. En effet, il s'agira de constituer un comité de pilotage qui énoncera des propositions d'actions et qui définira les orientations à prendre. Afin qu'un tel comité puisse avoir une plus grande légitimité, ses membres devront être choisis pour leurs compétences mais aussi pour leurs capacités à prendre des décisions et surtout à pouvoir les prendre. C'est pourquoi, outre le directeur, il devra généralement être composé de la cadre de santé et du médecin coordonnateur. Qu'il s'agisse d'une maison de retraite hospitalière ou autonome, ce trio doit toujours être formé car ils apparaissent souvent comme les figures incontournables d'une structure et chacun dispose d'un pouvoir qui lui est propre. Ce comité devra aussi comprendre le chef des services techniques qui pourra apporter ses compétences et qui constituera, par conséquent, un conseil non négligeable pour le comité dans ses rapports avec les architectes. Il conviendra aussi d'y associer des résidents et des familles, élus ou désignés préalablement, (sans que leur nombre dépasse celui des professionnels) afin de stigmatiser leur place au sein de la structure. Il faudra tenir compte de la capacité de chacun des membres à influencer d'autres personnes en vue d'atteindre les objectifs opérationnels, c'est-à-dire leur aptitude à être des leaders.

Au deuxième niveau, sera mis en place le groupe projet qui est une structure opérationnelle qui fixera le plan d'action général au regard des propositions d'actions faites par le comité. Ce groupe projet sera composé de référents, élus ou désignés, des professionnels (chaque corps de discipline devra être représenté), des résidents et des familles. Tous ces référents formeront l'ensemble des animateurs des groupes de travail qui constituent le troisième niveau. Chaque groupe de travail devra travailler sur un thème

---

<sup>76</sup> Le plus souvent car si la procédure de concours n'est pas obligatoire pour les marchés de maîtrise d'œuvre inférieures à 210 000 euros hors taxe, il est rare que pour une construction neuve que les honoraires de maîtrise d'œuvre ne dépassent ce montant.

<sup>77</sup> Op. cit. p. 212.

et être animé par deux référents (et si possible appartenant à deux corps différents). Le nombre des groupes de travail sera fonction des thèmes abordés mais aussi des projets à réaliser (projet de vie, projet de soins).

Toutes ces structures organisationnelles devront être présentes tout le long du processus architecturale, du moins jusqu'à la phase de consultation des entreprises. Ces structures ont vocation, à l'origine, de travailler sur la conception du projet de service à l'aune du projet architectural. Mais une fois le projet de service réalisé, les groupes ne doivent pas se disloquer. Ils devront pouvoir participer activement à la phase de programmation mais aussi à celle de la conception. Le comité de pilotage, le groupe projet et les différents groupes de travail seront exploités tout le long du processus.

C'est pourquoi, il serait judicieux de prévoir, au stade de la conception, des rencontres entre les architectes et les référents de chaque groupe de travail. C'est donc la concertation qui doit être privilégiée à la sectorisation. Il est bien évident que tous les groupes ne peuvent être réunis au stade de la conception mais chaque groupe doit pouvoir, sous l'impulsion du comité de pilotage, être consulté par l'architecte afin de préciser la commande relative au thème concerné.

C'est donc une démarche croisée et pluridisciplinaire qui doit être amorcée ; démarche qui reste d'actualité au stade de l'APD.

### C- La mise en œuvre d'une démarche pluridisciplinaire

Le directeur doit impulser un dialogue entre l'architecte et les usagers de la structure. Chacun doit pouvoir échanger sur la commande qui a été présentée mais aussi sur son évolution. En effet, un projet architectural peut rencontrer des contraintes ou des exigences qui vont modifier sa conception. Dans le cadre du projet du CH, il aurait été intéressant de réunir les référents ayant participé aux projets de vie et de soins afin d'analyser la création d'une unité Alzheimer et d'une unité transformable Alzheimer.

Mais pour qu'un tel dialogue puisse se nouer, «il faut que l'architecte entende les spécificités du projet d'établissement, et il faut que le directeur sache lire les projets que l'architecte lui présente. Il faut donc parler un langage commun, qui touche à la fois à la dimension architecturale et au respect des usages »<sup>78</sup>.

Des contraintes, notamment financières, peuvent également modifier la conception du projet. Dans le cadre du projet du CH, il a été demandé à l'architecte d'essayer de réduire le coût total de la construction afin de répondre aux exigences du Conseil Général en

---

<sup>78</sup> HODDE R. (architecte et sociologue) En quête de qualités architecturales : évaluation, programmation et médiation. *Revue Hospitalière de France*, n°491, Mars-Avril 2003, p.61.

termes de prix de journée. C'est dans un tel cas de figure que la concertation entre les usagers de la structure et les architectes s'avèrerait utile. En effet, la réduction de la superficie de la structure (souvent le seul moyen de réduire les coûts) ne peut se concevoir que si elle a fait l'objet d'une analyse des usagers ; à savoir la possibilité et la pertinence de réduire telle ou telle surface au regard de leurs besoins.

Qu'il s'agisse de contraintes ou d'exigences, elles doivent être partagées entre le concepteur et les usagers. Il serait judicieux d'impliquer le comité de pilotage accompagné du groupe projet qui pourrait consulter à tous moments les groupes de travail. S'il est nécessaire d'impliquer l'ensemble des usagers, il convient de hiérarchiser cette implication et, par conséquent, de réduire les intervenants auprès des architectes tout en étant à l'écoute de la base formée par les groupes de travail.

## **3.2 Un projet architectural bâti sur les usages des espaces**

Bâtir un projet sur les usages des espaces revient à l'articuler autour du concept d'usage tout en utilisant les outils adéquats. La principale conséquence d'une telle démarche consiste à retirer tous intérêts à la reproduction automatique de modèles.

### **3.2.1 Initier une commande alliant fonction et usage**

Initier une commande alliant fonction et usage revient à bannir toute commande uniquement technique ; ce qui favorisera son intérêt stratégique. Mais avant tout, il convient de définir les termes de fonction et d'usage.

#### A- Fonction et usage, deux termes différents

La fonction d'un espace n'équivaut pas nécessairement à l'usage qui en est fait. La fonction d'un espace est le rôle, l'utilité qu'on lui attribue généralement : la fonction de la salle à manger est de permettre aux résidents et patients de se restaurer.

L'usage d'un espace est différent car il constitue l'activité effective, autrement dit, l'activité ou les activités que les usagers entendent mener en son sein. Ainsi, si la salle à manger est utilisée pour y déjeuner et dîner, elle peut aussi l'être pour y recevoir les familles ou les proches en tant que lieu agréable et chaleureux.

La priorité accordée à la notion d'usage plutôt que celle de fonction a été développée dans une méthode de travail, dite de « programmation générative » : Elle prend appui plutôt sur les usages de l'espace que sur ses fonctions, sur les acteurs plutôt que sur les experts (Conan M., Méthode de conception pragmatique en architecture. CSTB. 1989. Recherche effectuée dans le cadre du programme Conception et Usage de l'habitat). La parole est donnée à chaque usager, ce qui permet de repérer les usages et de leur

donner sens par rapport aux intentions affichées du projet de vie et à la commande technique.

C'est en alliant ces deux concepts qu'il est possible de bannir la commande uniquement technique réalisée par le maître d'ouvrage pour l'architecte.

### B- Bannir une commande uniquement technique

La commande du maître d'ouvrage est réalisée au regard du projet de vie et de soins proposés par les structures organisationnelles présentées précédemment. Pour réaliser cette commande, le directeur fait souvent appel à un programmiste. Si ce dernier est compétent pour énumérer les normes techniques, administratives, urbanistiques ou architecturales que devra respecter le concepteur, il ne peut avoir qu'une approche purement technique pour concevoir la commande. Or, cette dernière demeurera technique dans le cas où les usagers qui constituent les groupes de travail ne s'interrogent pas sur les usages qu'ils entendent attribuer à tel ou tel espace. Cette réflexion doit accompagner l'élaboration du projet de service. Une commande uniquement fonctionnelle n'aurait que peu d'efficacité en termes de cohérence entre le projet de vie et le projet architectural.

Ainsi, le fait de prescrire la création d'espaces (salle à manger, espace animation, salle TV, cuisine...) sans analyser l'usage qu'on entend en faire n'a aucun intérêt. De même, doit être interdite la demande du type : « mettre des douches dans les cabinets de toilette » ou « créer une unité Alzheimer ». De plus, le projet de vie et de soins étant réalisés dans l'optique du projet architectural, doit être bannie la valorisation de principes généraux qui seraient déconnectés de l'usage. Prescrire la mise en place d'une signalétique pour améliorer le repérage spatio-temporel peut se révéler réducteur si aucun travail d'observation des difficultés et des stratégies d'adaptation des personnes âgées n'a été opéré par les usagers (professionnels, résidents, familles...).

Si la commande technique est nécessaire, elle ne peut se résumer à lister des locaux dont on aurait besoin pour organiser des activités ou remplir des fonctions.

### C- L'intérêt stratégique d'une commande en fonction des usages

Hormis le fait qu'elle permette une approche et une configuration d'espaces « utiles » à l'habitation, basés sur « une interprétation des observations sensibles plutôt qu'une traduction normative ou une mise en scène de règles implacables »<sup>79</sup>, elle favorise aussi l'apport de financements.

---

<sup>79</sup> EYNARD C., SALON D., prec., p. 213.

En effet, actuellement, les financeurs analysent les demandes qui leur sont faites à l'aune de critères liées à l'usage. Il en est ainsi pour les demandes de financement -CNSA dans le cadre du plan d'aide à la modernisation des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées. A la demande de la CNSA et avec la validation technique de la DGAS, une grille synthétique reposant sur la démarche HQU (infra : p. 55) a été réalisée par le CRIDEV<sup>80</sup>. Est aussi actuellement en cours à la DGAS des travaux pour la création d'un « Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées ». On peut également citer la démarche HQE<sup>81</sup> qui est aussi de plus en plus revendiquée par les financeurs et qui s'appuie, en partie, sur des thématiques recouvrant la qualité d'usage tel que le confort des occupants (convivialité, intimité, bien être, confort acoustique, visuel ou olfactif). D'ailleurs, de plus en plus de projets se basent sur les 14 cibles (ou du moins certaines d'entre elles) de la démarche HQE. Nombre d'ouvrages témoignent de la volonté affichée des maîtres d'ouvrage de construire en bois qui apparaît comme un matériau chaleureux permettant de valoriser la structure (utilisation du bois en vêture de façade)<sup>82</sup>. C'est donc résolument vers une démarche qualité que les établissements vont devoir s'acheminer.

Il apparaît donc judicieux de développer une réflexion sur ce concept au sein de la structure. C'est d'autant plus utile que le projet architectural, outre au conseil d'administration, a besoin « d'être vendu » à tous les financeurs. Il doit être réfléchi de manière optimale car ce projet entre en concurrence avec d'autres ; concurrence d'autant plus accrue que les financements font actuellement défaut. Face au désengagement de l'Etat, il est important de sensibiliser les élus à l'habitat des personnes âgées. Le directeur doit savoir communiquer sur le projet architectural. Or, communiquer le projet d'une entreprise, notamment sanitaire et social, c'est « non seulement révéler l'image idéale de l'entreprise (...), mais la faire connaître comme telle par les publics concernés »<sup>83</sup>. Dès lors, la cohérence du projet, générée par une démarche sur les usages, peut apparaître comme un faire-valoir non négligeable et s'avérer essentiel pour être inscrit au banc des

---

<sup>80</sup> Centre de Recherche pour l'Intégration des Différences dans les Espaces de Vie : Annexe 5.

<sup>81</sup> PAPPALARDO M., VARNIER F., LACROIX T., MOURGUES F., TOMA O., Dossier environnement et développement durable, *techniques hospitalières*, n°697, p. 37-54.

<sup>82</sup> Mais de telles constructions génèrent des surcoûts, mais n'est ce pas le prix de la qualité. Pour plus de précisions : H. S. En Moselle, un établissement HQE doté d'une ossature bois. La Gazette Santé-Social, n°18, avril 2006, p. 46.

<sup>83</sup> WEIL P., *Communication oblige ! Les éditions d'organisation*, 1990, p. 134.

priorités des financeurs (Etat, CG...). Communiquer c'est aussi mettre en commun<sup>84</sup>. Il est donc important, par le biais de la démarche sur les usages, de partager des référentiels communs avec les autorités de tutelle et d'échanger avec ces dernières, notamment par le biais de groupe de travail, surtout lorsque la projet a dû mal à se poursuivre.

### **3.2.2 Les outils pour initier une commande en fonction des usages des espaces**

Tant des outils récents, faisant l'objet d'une attention des financeurs, qu'un outil de réflexion sur les usages peuvent être utilisés pour satisfaire cette commande.

#### A- Utilisation d'outils récents : la démarche HQU et un Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage

La démarche HQU, non encore certifiée, est une méthode centrée sur le développement des confort d'usage pour tous les usagers, quelles que soient leurs différences et leur niveau d'autonomie.

Le Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées<sup>85</sup> est relatif à une approche analytique des espaces de vie et se trouve actuellement au stade de projet. C'est la raison pour laquelle, seule une grille synthétique sur les usages et besoins à satisfaire est disponible.

Tant la démarche HQU (questionnement sur les confort d'usage) que le Guide susvisé (questionnement sur les espaces de vie), bien qu'au stade de projet, permettront à la direction et son équipe d'analyser la structure actuelle tout en donnant des pistes sur ce que pourrait être la future structure. Car, en effet, ces grilles ont été réalisées dans l'optique de permettre au maître d'ouvrage de diagnostiquer sa structure à l'aune de sa qualité d'usage. Mais il est possible de les utiliser car l'analyse des carences permet de mettre en lumière ce qui pourrait être préconisé. Elles dégageront des suggestions sur la configuration de la nouvelle structure et devront être analysées comme des outils que le gestionnaire doit savoir s'approprier. Mais comment ces outils se présentent-ils ?

Les confort d'usage de la démarche HQU sont basés sur 5 thèmes, comportant chacun plusieurs questionnements auxquels il est possible de répondre affirmativement ou négativement<sup>86</sup> :

- l'accessibilité physique qui permet de vérifier les aménagements facilitant la mobilité, l'aisance du déplacement, l'atteinte des personnes à mobilité et préhension réduite.

---

<sup>84</sup> POILROUX R., *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*. Paris, Edition Berger Levraut, Collection Audit Hôpital, 2000.

<sup>85</sup> Entretien avec Mme Roger, architecte à la DGAS et collaborant au projet.

<sup>86</sup> Pour plus de précisions : Annexe 5.

- la perception sensorielle qui permet de vérifier tous les éléments favorisant la perception visuelle, acoustique, tactile, podotactile et olfactive des personnes déficientes sensorielles.
- l'approche mentale, psychique et cognitive permettant de vérifier tous les éléments qui assurent le repérage, l'orientation, la communication, la perception du temps, la simplicité des espaces, la mémorisation des parcours des personnes déficientes intellectuelles.
- la prévenance envers les personnes qui vérifie les moyens de préventions garantissant la protection, la sécurité, la non fatigabilité, le repos, l'équilibre, l'hygiène, la prévention sanitaire de l'ensemble des usagers.
- l'adaptabilité des espaces de vie qui permet de vérifier toutes les dispositions développant la durabilité, l'évolutivité, l'appropriation ou la polyvalence des espaces.

Au regard de sa technicité, il serait légitime de préconiser l'utilisation de cette grille pour les seuls professionnels. Pour les résidents, nous proposerons une grille de leurs usages sociaux beaucoup plus simple se basant sur leurs déplacements, leurs rapport avec leur chambre, les espaces collectifs et avec la description d'une journée type (Annexe 7). Cette grille permettra de rendre compte de leur activité au sein de la structure.

La grille sur les espaces de vie est, quant à elle, moins technique et complexe et pourra donc être en l'état posé à tous les usagers. Elle a pour but de vérifier si chacun des Usages et besoins sont satisfait pour l'ensemble des Usagers de l'établissement, c'est-à-dire les résidents, les familles, les visiteurs et l'ensemble du personnel.

Elle distingue les espaces de vie en 6 ensembles : l'espace privé, les espaces semi-privé, les espaces de vie collective, les espaces de service, les espaces extérieures et les espaces urbains ou ruraux de proximité. Pour chacun de ces ensembles sont exprimés ses usages et besoins. L'interviewé devra s'interroger sur les usages et besoins à satisfaire en répondant soit par l'affirmative soit par la négative. La grille se contente d'énoncer les usages et besoins à satisfaire dans l'un des espaces de vie sans formuler de questions explicites. Or, l'expérimentation de cette grille a permis de dévoiler l'ambiguïté de sa présentation et ne facilitant pas ainsi sa compréhension. C'est pourquoi nous proposons de formuler chaque usage et besoin à satisfaire sous forme interrogative (pour un exemple de reformulation de la grille pour les résidents : Annexe 6).

### B- Un outil pour instaurer la réflexion

Si la démarche HQU et le Guide d'appréciation des espaces de vie s'avèrent être une aide précieuse pour tout maître d'ouvrage, ils ne peuvent suffire à eux seuls pour impulser le travail de réflexion des usagers sur les usages qu'ils souhaitent mettre en place dans la future structure. En effet, dans les grilles analysées plus haut, les usagers et les besoins à

satisfaire sont déjà prédéfinis. Or, il existe des usages qui ne pourront être définis que par les utilisateurs de la structure.

C'est la raison pour laquelle, il convient de créer une grille capable d'amener les usagers à définir les usages qu'ils entendent mettre en œuvre au sein de la future structure.

Cette grille devra être utilisée dès le stade de conception du projet de service. En parallèle à sa rédaction et lors de la réflexion sur chaque thème les participants aux groupes de travail devront s'interroger sur les usages de la future structure, local par local. C'est pourquoi nous proposons pour chaque espace la réflexion suivante:

- Réflexion sur l'utilisation de l'espace : Utilisez vous cet espace ?
  - Si oui :
    - l'utilisez vous : souvent ; de temps en temps ; rarement.
    - Quel est l'usage principal que vous faites de cet espace ?
    - Y en a t il d'autres ? Si oui, précisez.
    - Comment vous appropriez vous cet espace ?
  - Si non, pourquoi ?
- Réflexion sur la place de cet espace par rapport aux autres espaces :
  - Espaces de circulation (couloirs)
  - Espaces collectifs (salle à manger, accueil, animation...)
  - Espaces privés (chambres)
  - Espaces de services (administration, espaces soins, espace personnel, office)

Ces différentes questions devront être posées, par l'animateur préalablement choisi, dans chaque groupe de travail (aux résidents, familles, professionnels) ; ce qui permettra d'avoir sur chaque espace des points de vue différents. Ces questions se manifestent par leur simplicité et leur ouverture, ce qui permettra aux usagers d'être libre dans leur réponse mais surtout de s'interroger sur des problématiques auxquelles ils n'auraient pas pensé.

Ainsi, mais sans en faire des modèles, il est possible de dégager de ces rencontres certains principes dans la manière de concevoir certains espaces :

- L'organisation spatiale du **Hall d'accueil** doit présenter clairement aux usagers les liens entre les différents types d'espace car le Hall constitue la vitrine de l'établissement et le point de rencontre de l'ensemble des usagers. Pour se faire, certains architectes préconisent de ménager des vues partielles sur les espaces collectifs (ou sur l'administration). Il est aussi important de prévoir des objets évocateurs pour les résidents (porte manteau par exemple qui rappelle le domicile) : Le but étant de présenter l'espace

de la structure à ses usagers, il convient de rendre clairs les liens entre les différents types d'espaces.

- Il est primordial de situer le **salon à proximité de la salle à manger** car ce dernier n'a pas de destination spécifique si ce n'est de se montrer en société. Il est donc judicieux de l'attacher à un local attractif : la salle à manger qui est d'ailleurs un point de convergence entre l'espace institutionnel et l'espace individuel, lieu du plaisir personnel (temps du repas) et de rencontre (lieu collectif).

- Il est aussi intéressant de développer les **liens entre espace privé et espace extérieur** afin d'éviter la transition avec l'espace institutionnel. Cela permet au résident de mieux s'approprier son espace privé. L'utilisation de portes fenêtres pour des résidents au rez de chaussé et non Alzheimer apparaît être une piste intéressante. Lors d'un concours international portant sur l'innovation dans la conception des résidences médicalisées pour personnes âgées, c'est le projet qui a favorisé le lien urbain qui l'a emporté ; la structure s'organisant autour d'une rue couverte publique destinée à relier les quartiers, situés à l'est et à l'ouest du site<sup>87</sup>.

- La réflexion sur les **locaux du personnel** ne doit pas être minimisée. Ces locaux correspondent à une nécessité : le personnel a besoin de disposer d'un local qui lui soit réservé et hors des regards des résidents. Mais si l'on peut comprendre que le personnel ait besoin d'un lieu qui lui soit dédié, il faut éviter d'afficher ces espaces de manière trop abrupte en affichant des interdictions. Il convient de privilégier la distinction plutôt que l'interdiction (porte de couleur spécifique, localisation différente des autres espaces...).

Il en va de même pour les bureaux de l'administration ou de l'espace soin.

- La **cuisine** occupe une place attractive (odeur, activité interne, allées et venues du personnel) mais paradoxalement elle doit être isolées en raison de normes techniques (hygiène alimentaire et sécurité : c'est un local dit à risques). Pour autant, il convient de profiter de l'attraction qu'elle engendre. C'est pourquoi, il est judicieux de la placer au centre du pôle vie et de ne pas la décentraliser.

- Il faut aussi réfléchir sur la **valorisation de certains lieux**. La buanderie est un espace caché et placé à l'écart. Il est important que la configuration et la place de ce lieu soient discutées avec les équipes concernées afin de réfléchir sur sa centralisation.

- Les **chambres** ne peuvent être considérées uniquement comme l'espace du repos et du sommeil. Au regard des observations réalisées, elle apparaît aussi comme le lieu de l'intimité (certains résidents y pratiquant leurs loisirs, d'autres y partageant des moments avec leurs familles et leurs proches).

---

<sup>87</sup> Pour plus de précisions : REINHARDT A. Repenser la construction des maisons de retraite. *La Gazette Santé-Social*, n°4, janvier 2005, p. 44.

- Généralement, pour tous les **espaces collectifs**, une réflexion doit être menée sur **leur polyvalence**. S'ils sont le lieu de la vie de la collectivité, ils peuvent aussi se transformer en **lieu d'intimité**. Pensons aux claustras aménagés dans la salle à manger ou une configuration spatiale permettant de dégager des coins salons. Afin de rendre ces espaces **conviviaux**, tant la pénétration de la lumière naturelle que la présence de plantations et d'objets de décorations apparaissent comme des pistes intéressantes. La tendance actuelle, concernant le revêtement des sols, s'engage dans le même sens puisqu'elle privilégie des ambiances cocooning et reposantes, et crée des volumes calmes, propices au repos des pensionnaires<sup>88</sup>.
- Enfin, l'utilisation de la **domotique**<sup>89</sup> qui se définit comme une automatisation domestique intégrant des technologies capables d'assurer un niveau de fonctionnalité et de sécurité optimum pourrait faciliter et sécuriser les déplacements tout en évitant de surcharger le travail du personnel. Il s'agit, par exemple, de capteurs de mouvements pour le déclenchement des lumières.

### C- La participation d'un ergonome

De plus en plus de maître d'ouvrage font appels dès le stade de la programmation et parfois même dès le stade de l'organisation du projet à un ergonome.

Mais qu'est-ce que l'ergonomie ? La Société d'ergonomie de langue française a adopté en 1988 la définition suivante : l'ergonomie est « la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité »<sup>90</sup>.

Des entretiens avec des ergonomes<sup>91</sup> m'ont permis d'affiner leur rôle. L'ergonome rassemble le plus grand nombre d'informations sur les situations de travail mais aussi de vie. Il capitalise l'ensemble des situations et les manières de faire du personnel. C'est un travail d'observation, d'entretiens, d'enquête. C'est donc sur les usages qu'il va axer son action et c'est pourquoi son rôle apparaît aussi primordial et constitue un complément au travail de l'architecte.

---

<sup>88</sup> MANHES D., SAINT DIZIER B. Revêtements des sols : De l'imagination à la création. *DH Magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n°106, avril-mai 2006, p. 29.

<sup>89</sup> Pour des exemples d'utilisation : PORTANGUEN S., *Pour une éthique du projet architectural...* Mémoire DESS, ENSP, 2002.

<sup>90</sup> Encyclopædia Universalis, prec.

<sup>91</sup> M. Escouteloup, ergonome et maître de conférences - Université des sciences sociales de Bordeaux (laboratoire d'ergonomie) ; cabinet ergonomie-Bergerac : Annexe 8.

Il est préférable que l'ergonome intervienne en amont de la procédure architecturale car il sera plus aisé d'intensifier son travail d'observation et de dégager les problématiques ergonomiques et les réponses éventuelles. L'ergonome est amené à réfléchir sur : l'environnement (bruit, lumière, température...), les contraintes physiques (gestes et postures, adaptation du poste, confort de travail), les espaces de travail (conception des espaces), la charge mentale (stress, tâches multiples et fiabilité humaine...) et l'organisation du travail (mode opératoire, optimisation du process, prise en compte du facteur humain...). C'est en se penchant sur ces différentes problématiques qu'il participera au projet architectural. D'ailleurs, l'architecture constitue aussi un des champs de l'ergonomie.

« L'ergonome permet de faire vivre les plans »<sup>92</sup>, c'est en ce sens qu'il constitue une aide au mangement du directeur.

### **3.2.3 S'inspirer d'un modèle et non pas le suivre**

L'analyse d'un projet en fonction des usages des espaces incite à penser qu'il n'est pas judicieux de se baser sur des modèles-type. Ce sont les usages des résidents, des professionnels, des familles et des proches qui vont façonner le projet. C'est leur vision de leur activité qui va créer la structure.

Après avoir décrié le modèle fonctionnaliste, il ne serait pas raisonnable de copier le modèle domestique. A son tour ce dernier ne pourrait-il pas décevoir ? On a déjà pu s'interroger sur le manque d'intimité qu'il génère ; ce qui laisse présager de futures diatribes. De même, si les tendances actuelles (modèle domestique notamment) peuvent être pertinentes, elles peuvent ne pas être suivies à la lettre dès lors que les usages démontrent une meilleure configuration et une meilleure cohérence.

Les usages permettent d'enrichir la réflexion et notamment celle relative à l'intégration des malades Alzheimer dans les EHPAD, qui n'a jamais été autant d'actualité. A l'heure où les unités Alzheimer éclosent dans nombre d'institutions, il est judicieux de penser le rapport entre ces unités et le reste de la structure, surtout ; lorsqu'elles sont décentralisées et isolées ; ce qui rappellent étrangement la période de « grand renfermement » analysé par Michel Foucauld<sup>93</sup>. Si des études démontrent que la ségrégation isolée s'accompagne d'une augmentation de l'irritabilité, de l'anxiété et d'un déclin de la socialisation<sup>94</sup> ou qu'il « existe un risque de sur enfermement des personnes âgées lorsqu'on les fait vivre en groupe fermé, avec une tendance à présenter des

---

<sup>92</sup> Op.cit.

<sup>93</sup> FOUCAULD M., *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, 1961.

<sup>94</sup> ANDRIEU S., ROLLAND Y, NOURHASHEMI F., VELLAS B. Les Unités de soins alzheimer. *Revue de gériatrie*, mai 2001, p. 409-412.

symptômes somatiques pour obtenir une attention individualisée »<sup>95</sup>, ce sont les usages qui vont pouvoir nous renseigner sur la possible mixité entre malades Alzheimer et résidents à certains moments de la journée, sur la configuration des espaces pour faciliter leur intégration ou sur le développement de MR ne recevant que des malades Alzheimer.

---

<sup>95</sup> PLOTON L. Maladie Alzheimer, à l'écoute du langage. *Chronique sociale 2004*, p. 122.

## CONCLUSION

Conduire un projet architectural et conduire un projet architectural gérontologique pour un directeur d'établissement sanitaire et social sont deux démarches bien différentes. La première, celle pratiquée par trop de manager, consiste à donner l'illusion d'une association entre l'architecture et la gérontologie ; la collaboration au projet architectural entre les usagers et l'architecte ne se réduisant qu'à une peau de chagrin et générant, par conséquent, peu d'échanges sur les usages des espaces de la structure. La seconde consiste à intégrer le sens gérontologique véhiculé par les usagers (sous l'impulsion managériale) tout le long du processus architectural, de la phase d'organisation du projet à sa phase de conception. C'est vers cette seconde option que doit tendre le management du projet de reconstruction de la structure pour personnes âgées du CH de Bergerac ; condition sine qua non pour que l'architecture puisse améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Mais si l'impact de l'architecture présente un apport indéniable, elle n'en reste pas moins un outil qui si primordial qu'il soit ne peut remplacer la compétence des personnels. C'est donc la combinaison entre une architecture adaptée et des personnels compétents qui sera à l'origine d'un accompagnement optimal des personnes âgées dépendantes en établissement. Cette combinaison sera d'autant plus aisée que les personnels auront participé au projet architectural.

Mais cette vision idyllique est vite ternie lorsque le projet architectural est analysé à l'aune des financements disponibles et nécessaires pour le matérialiser et faisant actuellement défaut. Or, tout programme d'investissement ou projets nouveaux provoquent des surcoûts de charges nouvelles liées aux surcoûts d'amortissements ou de frais financiers. Et lorsqu'un établissement fait des travaux (notamment de construction), l'amortissement du coût de ces travaux est répercuté sur le prix de journée ; ce qui peut paraître injuste étant donné que l'Etat et les CG financent bien souvent une partie de ces travaux. C'est la raison pour laquelle la politique actuelle tant nationale (PSGA) que locale (CG de Dordogne, financeur traditionnel de l'investissement) impose aux directeurs d'établissement de rester dans une marge de prix qui peut paraître parfois irréaliste au regard du coût du projet. Si des réformes (notamment comptables ou fiscales) peuvent apporter quelques solutions, la question de fond sur la faiblesse des financements subsiste. C'est la raison pour laquelle, il faut d'ores et déjà réfléchir, comme nous y invite le PSGA sur la possibilité de prévoir des financements supplémentaires et solidaires, faisant donc appel à la contribution nationale. Mais sommes nous prêt à franchir ce pas ?

---

# Bibliographie

---

## ▪ Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1970. – Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 1971, 67.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. – Loi n° 75-535 du 30 juin relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal officiel de la République Française*, 1<sup>er</sup> juillet 1975.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1985. – Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'œuvre publique et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée. *Journal officiel de la République Française*, 13 juillet 1985, 7914.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. – Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. *Journal officiel de la République Française*, 25 janvier 1997.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. – Loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public. *Journal officiel de la République Française*, 19 juillet 1991.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999. – Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal officiel de la République Française*, 27 avril 1999, 6256.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. – Loi n° 2001- 647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation

personnalisée d'autonomie. *Journal officiel de la République Française*, 21 juillet 2001, 11737.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, 124.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. – Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. *Journal officiel de la République française*, 1<sup>er</sup> juillet 2004, 11944.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal officiel de la République Française*, 12 février 2005, 2353.

## ▪ Ouvrages

ALBOU P., SOURNIA J.C., *L'image de la personne âgée à travers l'histoire*. Glyphe et Biothen éditions, 1997, 227 p.

CAPPELIEZ P., LANDREVILLE P., VEZINA J., *Psychologie clinique de la personne âgée*. Masson 2000.

CARETTE J., *L'âge dort ? Pour une retraite citoyenne*. Editions Boréal, 1999, 167 p.

CHALINE B., *Structures d'accueil spécialisé Alzheimer. Manuel de conception architecturale 2003*. Paris : Eisai et Pfizer, 2003. 142 p.

DUCALET Ph., LAFORCADE M., *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*. Editions Seli Arslan 2000, 272 p.

EYNARD C., SALON D., *Architecture et Gérontologie*. Paris : L'Harmattan, 2006. 217 p.

FELLER E., *Histoire de la vieillesse en France 1900-1960*. Editions Seli Arslan, 2005, 352 p.

- FOUCAULD M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, 1961, Gallimard, 1976.
- GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Bibliophane Daniel Radford, 2005, 361 p.
- HERMEL P., *Le management participatif : sens, réalités, actions*. Les éditions d'organisation, 1988, 253 p.
- HIRSH E., MOULIAS R., *Alzheimer : un autre regard*. Proches et soignants témoignent. Paris, Vuibert 2005.
- JOLIVET F., *Manager l'entreprise par projets. Les métarègles du management par projet*. Ed. EMS, 2003
- LABOREL B., VERCAUTEREN R., *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*. Erès 2004, 145 p.
- LANDRY A., *La Révolution démographique. Etudes et essais sur les problèmes de la population*. rééd. Paris, INED, 1982.
- MAISONDIEU J., *L'idole et l'abject : Le désir à l'épreuve de la mort-la maladie mentale entre mythe et réalité - pour une psychiatrie de l'abjection*. Editions Fayard, 1995, 220 p.
- MEMMI A., *Le buveur et l'amoureux, le prix de la dépendance*. Arléa, 1998.
- MOLES A., *Psychologie de l'espace*. Paris, Editions Casterman, 1977.
- MOULIAS R., HERVY M-P, OLLIVET C., MISCHLICH D., *Alzheimer et maladies apparentées, Traiter, soigner et accompagner au quotidien*, Masson, juin 2005, 508 p.
- POILROUX R., *Management individuel & communication dans les établissements sanitaires et sociaux*. Paris, Edition Berger Levrault, Collection Audit Hôpital, 2000, 269 p.
- PUIJALON B. *Vieillir en terre hostile. In Vieillesse interdites. sous la direction de Jean-Jacques Amyot et Michel Billé*. Paris : L'Harmattan, 2004, 276 p.

RICHARD J., DIRKX E., *Psycho-gérontologie*. Masson, Paris, 1996.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*, Editions Erès, 2001, 270 p.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Erès 2005, 198 p.

WEBER S., *Avec le temps... de la vieillesse dans les sociétés occidentales et de quelques moyens de la réhabiliter*. Toulouse, Editions Libertaires, 2003, 250 p.

WEIL P., *Communication oblige !* Les éditions d'organisation, 1990, 263 p.

## ▪ Articles

ANDRIEU S., ROLLAND Y, NOURHASHEMI F., VELLAS B. Les Unités de soins alzheimer. *Revue de gériatrie*, mai 2001, p. 409-412.

BEAUVAIS M. Evolution de l'architecture hospitalière. *Techniques hospitalières*, n°697, mai-juin 2006, p. 10 et s.

BILLE M. Motivation et re-motivation des équipes en gérontologie. *Gérontologie, vision nouvelle*. n° 137, 1<sup>er</sup> trimestre 2006, p. 28.

COLBOC E., AURIAULT J., NICOL JF, HODDE R., MOLLER C. Architecture et rénovation des établissements. *Revue Hospitalière de France*, n°491, Mars-avril 2003, p. 58.

DESMAY D. Une architecture pour personnes âgées dépendantes. *Techniques hospitalières*, n°649, septembre 2000, p. 61 et s.

GEORGESCU T. L'architecture, travail de l'homme et pour l'homme. *DH Magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n° 106, avril-mai 2006, p. 27.

GUERIN S. *La lettre de l'ADEHPA*. Mars/Avril 2006, p. 2 et s.

H. S, En Moselle, un établissement HQE doté d'une ossature bois, *La Gazette Santé-Social*, n°18, avril 2006, p. 46.

HODDE R. En quête de qualités architecturales : évaluation, programmation et médiation. *Revue Hospitalière de France*, n°491, Mars-Avril 2003, p.61.

Ministère de l'Équipement du logement et des Transports. Personnes âgées et habitat, *Le Moniteur*, Hors série, juin 1992, p. 58.

MANHES D., SAINT DIZIER B. Revêtements des sols : De l'imagination à la création. *DH Magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n°106, avril-mai 2006, p. 29.

PAPPALARDO M., VARNIER F., LACROIX T., MOURGUES F., TOMA O., Dossier environnement et développement durable, *techniques hospitalières*, n°697, p. 37-54.

PICARD Ph. Gériatrie et espaces architecturaux. *Revue de gériatrie*, tome 25, n°1, janvier 2000, p. 50.

PLOTON L Maladie Alzheimer, à l'écoute du langage. *Chronique sociale* 2004, p. 122.

REINHARDT A. Repenser la construction des maisons de retraite. *La Gazette Santé-Social*, n°4, janvier 2005, p. 44.

RENAULT C. Voir autrement l'habitat des personnes âgées dépendantes. *Gestions hospitalières*, n°375, avril 1998, p. 287 et s.

TOURRET J-M. La fonctionnalité n'a pas tué la création. *DH magazine Le magazine du décideur hospitalier*, n° 106, avril-mai 2006, p. 25.

## ▪ Thèses et mémoires

CABANIOLS M. *Sans unité spécifique, conduire un projet d'accompagnement pour personnes démentes en EHPAD*. Mémoire de CAFDES, ENSP, 2003, 73 p.

CHAPPE M. *Entre domicile et institutions pour personnes âgées, inventer de nouveaux espaces*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP, 2005, 65 p.

GUILLEMARD A.M., *L'institutionnalisation de la dépendance*, Mémoire – Université René Descartes-Paris V – Faculté des sciences humaines et sociales-Sorbonne, septembre 2002.

MASSON-GALLEAN. *Penser l'architecture en long séjour comme un outil au service du projet de vie et de soins*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP, 2001, 73 p.

PESSEL A. *Accompagner les personnes âgées dépendantes et le personnel vers un nouveau cadre de vie et de travail*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP, 2004, 83 p.

PORTANGUEN S. *Pour une éthique du projet architectural. Ex de la construction du Centre d'Accueil Gériatrique de Parc Er Vor*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social, ENSP, 2002, 74 p.

## ▪ **Rapports :**

COLVEZ A., *Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*. INSERM, 1990, 44 p.

LE BOULER S. *Prospective des besoins d'hébergement en EHPAD ; 1<sup>er</sup> volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025*, Paris : Documentation Française, 2005. 100p.

VAN LERBERGHE R-M., et PAUL S. *Les soins aux personnes âgées – rapport du groupe de travail soins aux personnes âgées – Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale*, décembre 1980.

SCHOPFLIN P. *Dépendances et solidarités. Mieux aider les personnes âgées*, Paris : Documentation Française, 1991.

- **Documents multimédia (cédéroms)**

ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS, DVD, version 10.

- **Cours**

FERNEZ S., *cours de Management stratégique 2005-2006*, IAE de Toulouse.

- **Sites Internet**

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé,  
Rapport sur le vieillissement, n° 59 – 25 mai 1998, <http://www.ccne-ethique.fr/francais/strart.htm>

---

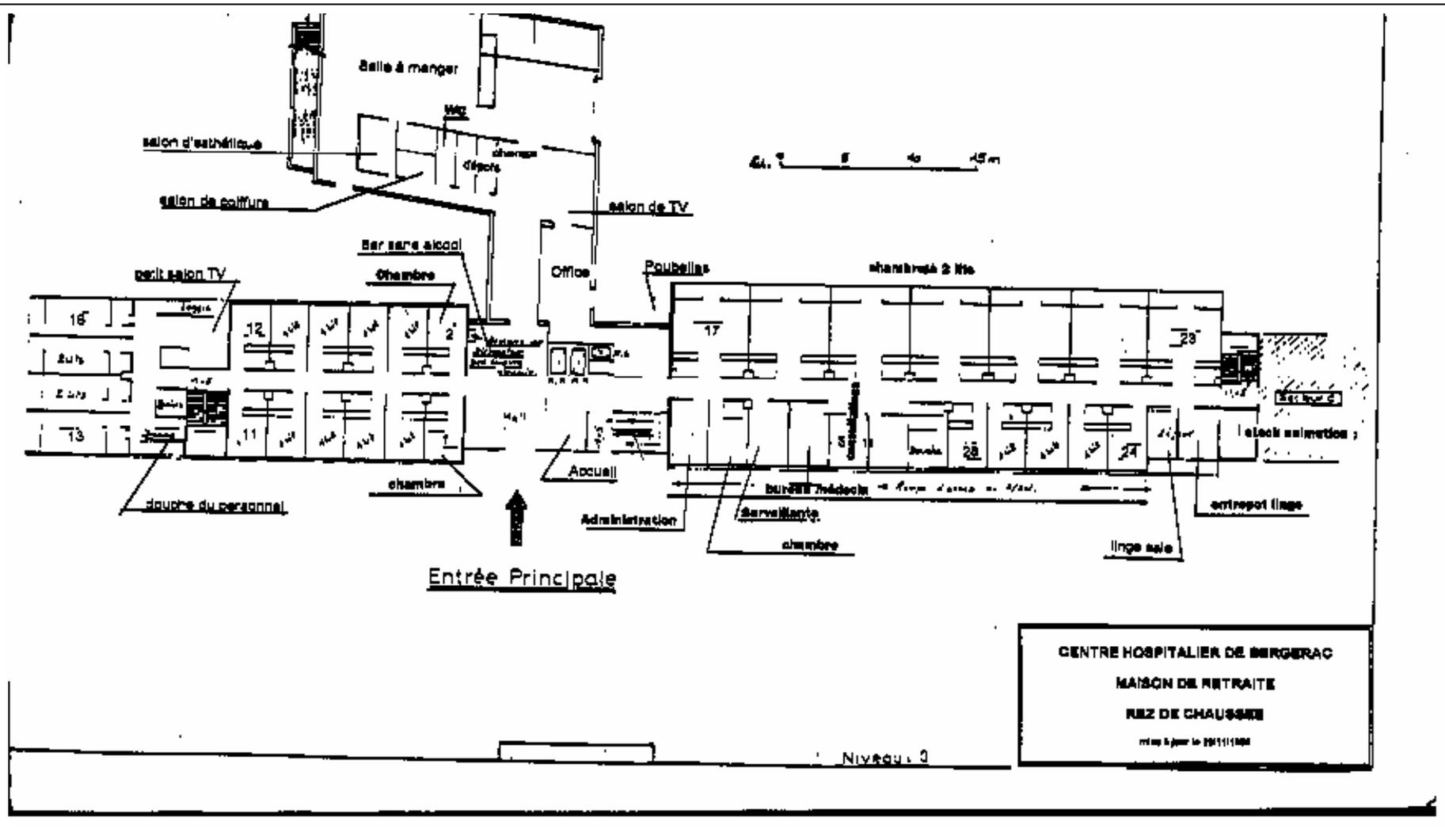
## Liste des annexes

---

- **ANNEXE 1** : Plan de la structure actuelle - rez de chaussée.
- **ANNEXE 2** : Plan de la future structure - rez de chaussée
- **ANNEXE 3** : Plan de la future structure - 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage
- **ANNEXE 4** : Le processus architectural - croquis de CHALINE Brigitte, Structures d'accueil spécialisé Alzheimer, EISAI, 2003, p. 130.
- **ANNEXE 5** : Grille de confort d'usage, inspirée de la grille du CRIDEV.
- **ANNEXE 6** : Grille d'espace de vie inspirée de la liste des usages et besoins à satisfaire extraite du « Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées.
- **ANNEXE 7** : Grille des usages sociaux des résidents
- **ANNEXE 8** : Grille d'entretien pour les ergonomes
- **ANNEXE 9** : Grille d'entretien pour les personnels de la structure

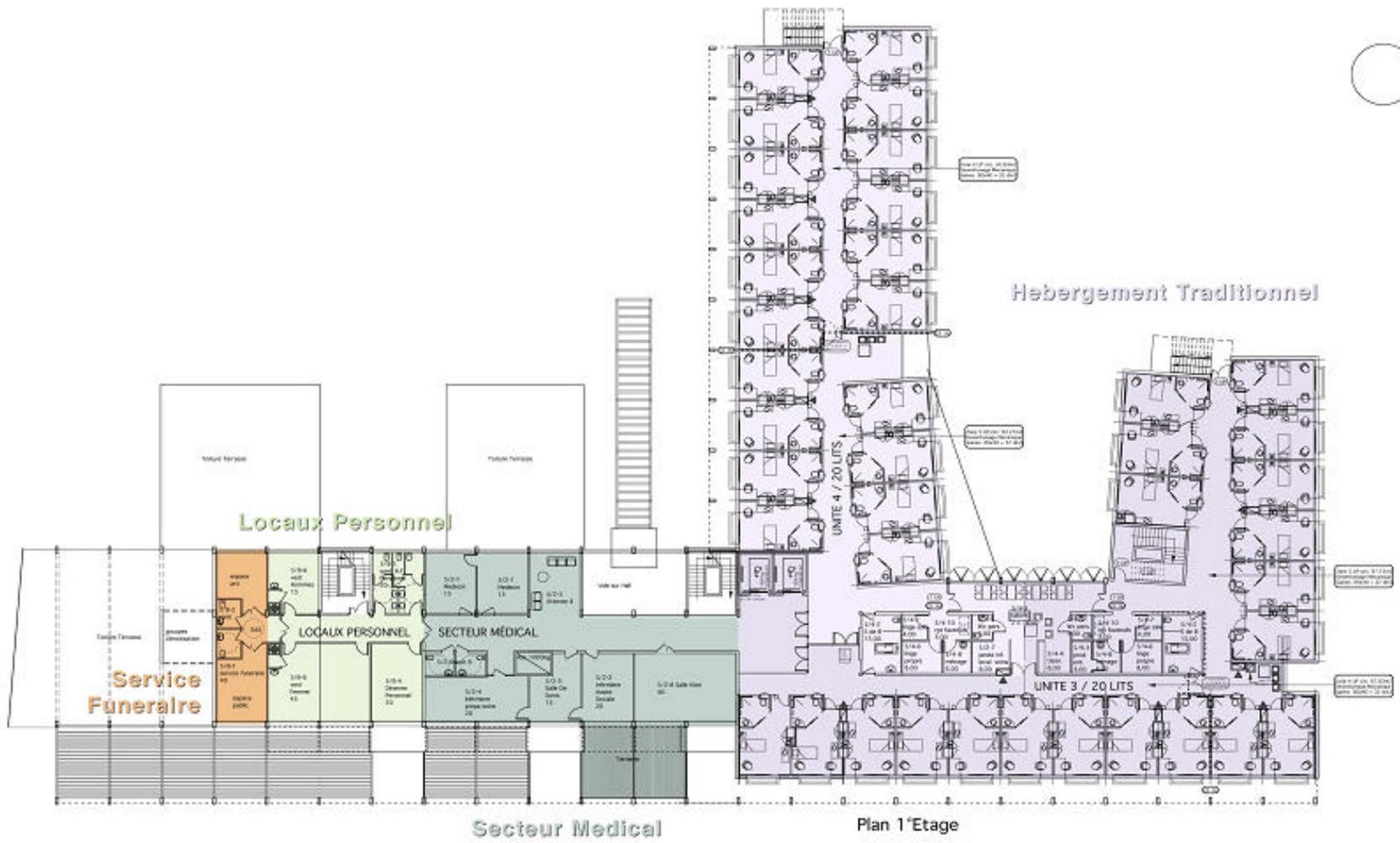
**ANNEXE 1 : Plan de la structure actuelle – rez de**

**chaussée**



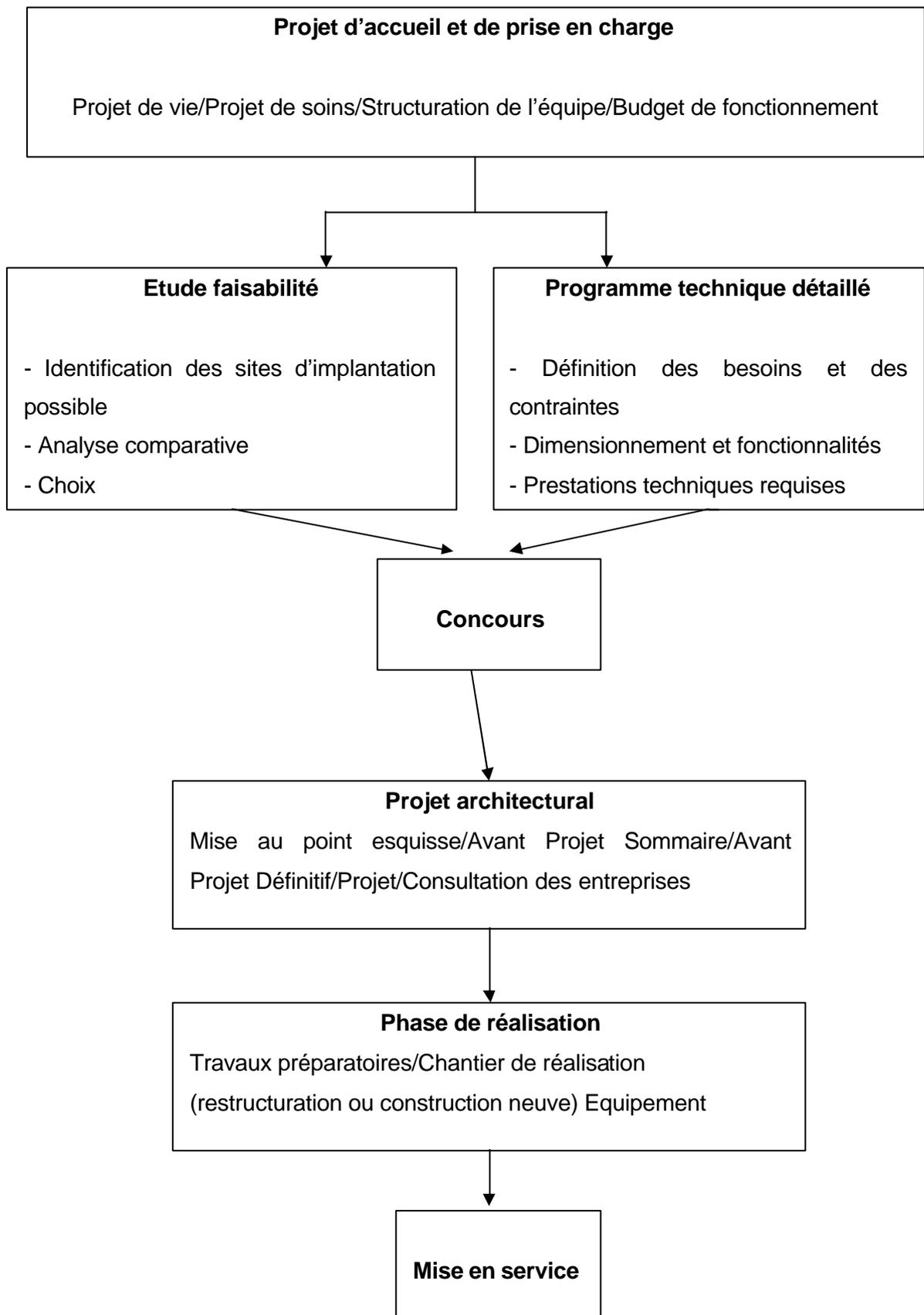
**ANNEXE 2 : Plan de la future structure – rez de chaussée**





**Plan R+1 & R+2 (Hebergement)** echelle 1/200°

## ANNEXE 4 : Le processus architectural



## ANNEXE 5 : Grille de confort d'usage, inspirée de la grille du CRIDEV.

<b>Pour l'accessibilité physique</b> , vérifier les aménagements qui facilitent la mobilité, l'aisance du déplacement, l'atteinte, la préhension, ...des personnes à mobilité et préhension réduite.	OUI	NON	?
-bon dimensionnement des largeurs de passage (cheminements, portes et passages réduits), -bon dimensionnement des aires de retournement, des pentes (rampes et dévers), des dénivelés (ressauts, marches, escaliers), -nature des sols (texture, planéité, adhérence)... -hauteurs d'atteinte, positionnement et forme des commandes,...			
<b>Pour la perception sensorielle</b> vérifier tous les éléments qui favorisent la perception visuelle, acoustique, tactile, podotactile et olfactive,...des personnes déficientes sensorielles.	OUI	NON	?
-qualité des champs de vision, de la signalétique (position, taille et contraste), -qualité de la lumière (intensité, continuité, reflets), de la température, -densité des signes, les informations sonores (intensité, clarté, harmonie, parasitage...), -présence d'éléments de guidage ou repérage que l'on touche à la main et au pied, -qualité des odeurs (intensité, contraste, prégnance...), -présence de compensations sensorielles...			
<b>Pour l'approche mentale, psychique et cognitive</b> vérifier tous les éléments qui assurent le repérage, l'orientation, la communication, la perception du temps, la simplicité des espaces, la mémorisation des parcours..., des personnes déficientes intellectuelles ou désorientées	OUI	NON	?
-qualité de l'identification des lieux, -qualité de l'identification des équipements, -symboles et références utilisés, -présence de repères de direction et de guidage, -relation à l'environnement naturel, -possibilité de repérage dans le temps, -sensation de confiance et de tranquillité, -complexité des lieux,			
<b>Pour la prévenance envers les personnes</b> , vérifier les moyens de préventions qui garantissent la protection, la sécurité, la non fatigabilité, le repos, l'équilibre, l'hygiène, la prévention sanitaire,... de l'ensemble des usagers.	OUI	NON	?
-qualité des formes spatiales, -qualité des matériaux, -présence d'équipements spécifiques, -réduction des distances à parcourir, -limitation des efforts de manœuvres, -qualité des espaces de repos (hors flux), -possibilités d'appuis ou d'assises (mains courantes, bancs, assis -debout,...), -stabilité des sols, -prévention des risques d'incendie, des facilités d'évacuation, -protection des agressions par de la surveillance ou des contrôles d'accès, -protections sanitaires,...			
<b>Pour l'adaptabilité des espaces de vie</b> , vérifier toutes les dispositions qui développent la durabilité, l'évolutivité (physique et sensorielle), l'appropriation, la polyvalence d'usage,... des espaces.	OUI	NON	?
-qualité de la pérennité, -fragilité, vulnérabilité, solidité, vieillissement (surfaces, formes), -quantité et complexité des éléments mis en œuvre, -présence d'éléments fonctionnels ou symboliques repérants, -multifonctionnalité -multisensorialité des espaces et des équipements...			

## ANNEXE 6 : Grille d'espaces de vie

<b>1. Usages et Besoins à satisfaire dans l'espace privé (chambre)</b>	OUI	NON	Autres
a) Pouvez vous entrer ou sortir de la chambre ? b) Pouvez vous vous approprier et identifier l'espace privé ? c) Pouvez vous vous déplacer dans la chambre ? d) Pouvez vous préparer et prendre vos repas ? e) Pouvez vous dormir et vous reposer ? f) Pouvez vous prendre soin de votre corps et recevoir des soins ? g) Pouvez vous ranger et entretenir ? h) Pouvez vous voir, regarder et être en contact avec l'extérieur ? i) Disposez vous des éléments de confort ? j) Vous sentez-vous protégé et en sécurité ?			
<b>2. Usages et Besoins à satisfaire dans les espaces semi-privés de l'unité de vie</b>	OUI	NON	Autres
a) Disposez vous d'espaces que vous pouvez vous approprier ? b) Pouvez vous circuler, sortir et entrer ? c) Est-ce que ces espaces stimulent vos capacités et vos sens ? d) Vous entez vous en sécurité ? e) Peut-on y déambuler ?			
<b>3. Usages et Besoins à satisfaire dans les espaces de vie collective de l'établissement</b>	OUI	NON	Autres
a) Pouvez vous vous repérez, vous orienter et circuler ? b) Pouvez vous vous déplacer d'un niveau à l'autre ? c) Pouvez vous disposer de lieux d'activité et de loisirs ? d) Pouvez vous vous restaurer dans un lieu convivial ? e) Pouvez vous vous reposer, vous informer et attendre ? f) Pouvez vous sortir du bâtiment en entrant ? g) Ces espaces permettent-ils d'accueillir d'autres publics ? h) Pouvez vous disposer d'éléments de confort sensoriel ? i) Disposez vous de sanitaires et de lieux de rangements ?			
<b>4. Usages et Besoins à satisfaire dans les espaces de services de l'établissement</b>	OUI	NON	Autres
a) Est-ce que les tâches administratives et d'accueil sont assurées ? b) Est-ce que l'alimentation et les repas sont assurés ? c) Est-ce que des soins personnalisés sont assurés ? d) Est-ce que les services d'entretien et de maintenance sont assurés ? e) Est-il prévu des locaux pour le personnel ?			
<b>5. Usages et Besoins à satisfaire dans les espaces extérieurs de l'établissement</b>	OUI	NON	Autres
a) Percevez vous les limites des espaces extérieurs ? b) Pouvez vous sortir et garder le contact avec l'extérieur ? c) Les espaces extérieurs stimulent-ils vos capacités et vos sens ? d) Pouvez vous vous promener ou déambuler ?			
<b>6. Usages et Besoins à satisfaire dans les espaces urbains ou ruraux de proximité</b>	OUI	NON	Autres
a) Est-ce facile de se déplacer dans le quartier ? b) Fréquenter vous les équipements publics, commerces et services ? c) Utilisez vous les transports ?			



## **ANNEXE 8 : Grille d'entretien pour les ergonomes**

Objectifs de l'entretien : Définition et analyse du travail de l'ergonome dans un projet architectural ainsi que l'apport de cette discipline.

- 1) En quoi consiste le travail d'un ergonome ?
- 2) Dans quelle mesure l'ergonomie peut-elle impacter sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ?
- 3) Quelle place occupe l'ergonome, et par conséquent l'ergonomie, dans le cadre d'un projet architectural ?
- 4) Quels échanges et quel type de collaboration s'établissent entre l'ergonome et l'architecte ?
- 5) Quel intérêt présente la participation d'un ergonome au stade de l'Avant Projet Sommaire ?
- 6) Quel regard porte l'ergonome sur les évolutions sociales et l'adaptabilité des structures ? L'ergonomie est-elle synonyme d'adaptabilité à long terme ?
- 7) Ergonomie et maladie Alzheimer. Que représente pour vous cette association ?

## **ANNEXE 9 : Grille d'entretien pour les personnels de la structure**

Objectifs : Rendre compte de l'impact architectural de la structure sur les personnels (dizaine de personnels interrogés : AS, ASH, infirmières avec des anciennetés différentes).

- 1) Depuis combien de temps travaillez vous au sein de la structure ?
  
- 2) Que pensez vous de la structure personne âgée du CH de Bergerac ?
  - Extérieure
  - Intérieure
  
- 3) Comment vous y sentez vous ?
  
- 4) Quelle a été votre première réaction lorsque vous avez découvert la Structure personne âgée du CH de Bergerac ?
  
- 5) Est-ce que la perception de l'établissement que vous pouviez avoir a changé depuis votre arrivée ?
  
- 6) Que pensez vous de l'agencement des locaux ? Chambres, salle des soins, restauration...
  
- 7) Pensez vous que l'architecture puisse avoir un impact sur votre mode de travail ?
  
- 8) Comment concevez vous la valorisation de votre travail et la structure dans laquelle vous évoluez ?