



ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Directeur d'établissement sanitaire et

social public

Promotion 1999 – 2000

**L'ADAPTATION ARCHITECTURALE DES MAISONS DE
RETRAITE A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
DEMENTES :
L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT-OUEN**

SIMON Eric

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PROBLÉMATIQUE	7
HYPOTHÈSES	9
PARTIE I - DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE	11
Chapitre 1 – Les aspects multiples de la démence	11
A – La double étiologie de la maladie	11
<i>1 - Les désordres cérébraux organiques</i>	<i>11</i>
<i>2 - L'analyse des démences en psychologie</i>	<i>13</i>
B – Des manifestations complexes	15
<i>1 - Succession des stades de démence</i>	<i>15</i>
<i>2 - Manifestations multiples de la démence</i>	<i>16</i>
C - Modes d'interventions pharmacologiques ou non	19
Chapitre II - La place de l'architecture dans la prise en charge des personnes âgées désorientées	21
A - L'orientation dans le temps et dans l'espace des personnes démentes	21
<i>1 - Les objectifs de l'adaptation</i>	<i>21</i>
<i>2 - Les moyens à mettre en œuvre</i>	<i>22</i>
B – Les nombreux débats soulevés par la problématique de la cohabitation avec des personnes saines	22
<i>1 - Intérêt de la mixité des populations</i>	<i>23</i>
<i>2 - Avantages des petites structures spécialisées</i>	<i>24</i>
<i>3 - Possibilités d'adaptation sur le terrain</i>	<i>26</i>

C - Efficacité de l'adaptation architecturale sur l'état psychique des personnes démentes	27
--	-----------

Partie II - ETUDE DE L'ADAPTATION ARCHITECTURALE DES MAISONS DE RETRAITE DE SEINE-SAINT-DENIS A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGES DÉMENTES	29
---	-----------

Chapitre I – Méthodologie	29
----------------------------------	-----------

A - Cadre de recherche	29
-------------------------------	-----------

<i>1 - Le contexte de la Seine-Saint-Denis</i>	29
--	----

<i>2 - Définition retenue des “personnes âgées démentes</i>	30
---	----

B – Objectifs	31
----------------------	-----------

C - Éléments architecturaux pour une prise en charge des personnes âgées démentes en établissements	32
--	-----------

<i>1 - Les besoins spécifiques de la personne âgée dépendante et/ou désorientée</i>	32
---	----

<i>2 – Préconisations architecturales : quelles adaptations marginales?</i>	33
---	----

D - Guide d'entretien	37
------------------------------	-----------

E - Constitution de l'échantillon	38
--	-----------

F – Entretiens	38
-----------------------	-----------

Chapitre II – Résultats	39
--------------------------------	-----------

A - Premier questionnaire	39
----------------------------------	-----------

B – Deuxième questionnaire	40
-----------------------------------	-----------

Chapitre III - Analyse des résultats	42
---	-----------

A – Résultats	42
----------------------	-----------

<i>1 - Les aspects généraux</i>	42
---------------------------------	----

<i>2 - L'orientation spatiale</i>	43
-----------------------------------	----

<i>3 - Repères temporels</i>	44
------------------------------	----

<i>4 - Organisation spatiale</i>	45
<i>5 – Evolution de l'état des résidents</i>	47
B - Analyse des résultats	48
C - Limites de l'étude	49

Partie III - LE RÔLE DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT DANS UN PROJET DE RESTRUCTURATION ARCHITECTURALE - L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT-OUEN **52**

Chapitre I - Le rôle du directeur de maison de retraite dans la conduite d'un projet d'adaptation architecturale aux démences séniles **52**

A - L'inadaptation actuelle des établissements	52
B - Le cadre juridique et financier assez imprécis	53
<i>1 - L'impact financier relativement lourd sur le prix de journée</i>	53
<i>2 - L'introuvable norme</i>	54
<i>3 - La difficile conciliation des contraintes financières et légales</i>	58
C - Méthode de conduite du changement : projet de restructuration architecturale et projet d'établissement	58
<i>1 - L'articulation du projet architectural avec les différents volets du projet d'établissement</i>	59
<i>2 - La restructuration architecturale - Entre espace concret et espace vécu : quelle démarche?</i>	60

Chapitre II - Projet architectural d'adaptation aux démences séniles de la maison de retraite de Saint-Ouen **65**

A – Méthode	65
<i>1 – Liens avec le projet de vie</i>	65
<i>2 – Implication du personnel</i>	66
B – Etat des lieux	66
<i>1 – Présentation de l'établissement</i>	67
<i>2 - Résultats de l'établissement au questionnaire</i>	68

C – Ebauche d’un projet architectural pour l’établissement de Saint-Ouen	71
<i>1 – Les aménagements marginaux réalisés</i>	71
<i>2 – Changements structuraux</i>	71
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES	82

INTRODUCTION

La dépendance d'origine psychique est la principale cause d'entrée en institution¹. On peut distinguer deux groupes de malades :

- ceux qui ont une altération organique de leurs facultés : ils ne peuvent plus concevoir les éléments de décision; ce sont les déments.
- Ceux qui rencontrent des difficultés dans la prise de décision ou pour assumer leur autonomie. Leurs troubles psycho-caractériels sont une cause majeure mais évitable d'entrée en institution, quelles que soient les formes de ces troubles (psychologie de démission, hypocondrie, dépression masquée,...).

Les institutions classiques de type maisons de retraite, ont quelques difficultés d'adaptation et certaines tentent de limiter le nombre de personnes démentes dans la population accueillie. Mais aujourd'hui, les possibilités de prise en charge des infirmités physiques sont satisfaisantes à domicile, et la demande adressée aux institutions se réduit progressivement aux "dépendances" d'origine psychique. La plus connue d'entre elles, la maladie d'Alzheimer, n'est pas susceptible de prévention et l'allongement de l'espérance de vie risque de faire augmenter le nombre de malades dans les années à venir. Les institutions doivent donc se préparer à accueillir ces populations.

Les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes sont souvent anciens. Qu'il s'agisse d'hospices transformés ou de structures plus récentes, ils sont souvent les mêmes que ceux qui ont été conçus pour recevoir une clientèle autonome physiquement et mentalement. Cependant le changement graduel de vocation de ces institutions n'a pas été accompagné de modifications concrètes de l'environnement. Les problèmes liés à un cadre matériel inadapté y sont particulièrement importants, l'architecture ayant été conçue pour assurer une retraite agréable à des personnes dont les capacités de sociabilité sont intactes. Or les populations hébergées ont changé. L'entrée en institution étant de plus en plus tardive, les personnes âgées accueillies sont de plus en plus dépendantes, à la fois physiquement et psychologiquement. La prise en compte des handicaps physiques n'est pas spécifique au secteur des personnes âgées; en outre la littérature consacrée au sujet est importante. Les ergothérapeutes sont en partie chargés d'étudier les possibilités

¹MOULIAS, R., FAUCHER, N., GEOFFRE, C., MEAUME, S. (1996)

d'adaptation des structures aux handicaps physiques des personnes accueillies afin, par exemple, de faciliter les déplacements en fauteuils roulants dans les bâtiments.

En revanche, les transformations architecturales prenant en compte les états de dépendance psychologique sont nettement moins connues. Or l'environnement d'une personne désorientée peut être pathogène, ou à l'inverse, s'avérer stimulant. L'adaptation de l'architecture aux besoins des personnes âgées désorientées doit être un moyen de renforcer leur autonomie au quotidien. Les aménagements répondent à des objectifs précis pour stimuler les résidents :

- prévenir les accidents;
- pallier les handicaps physiques souvent associés;
- lutter contre les conséquences des déficits intellectuels;
- créer un climat de bien-être et de confiance.

La société française est dans une phase de vieillissement démographique. 20,1% de la population a plus de 60 ans. Ce phénomène va s'accélérer dans les années à venir. Selon les projections démographiques, les personnes de plus de 60 ans représenteront 23,6% de la population française en 2010, 27,9% en 2020. La diminution de la mortalité entraîne conjointement une augmentation du nombre des personnes âgées de 85 ans et plus : elles représentent aujourd'hui 1,8% de la population totale, mais ce chiffre devrait atteindre 3,3% en 2020. On peut donc prévoir une forte hausse du nombre de personnes désorientées. On estime que 20% des personnes âgées de plus de 80 ans présentent des signes de détérioration mentale de type Alzheimer. L'enquête épidémiologique PAQUID (Personnes âgées : QUID?) menée en Gironde et Dordogne par l'unité 330 de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a permis de mesurer la prévalence de la démence chez les plus de 65 ans. Cette étude conclut à une prévalence de 4,3% dans cette catégorie d'âge et à un taux qui augmente avec l'âge de façon exponentielle. Les phénomènes sont particulièrement marqués en maisons de retraite où 40% des personnes ont plus de 85 ans. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, 2 résidents sur 5 présentent une détérioration intellectuelle, c'est-à-dire un comportement partiellement ou totalement inadapté, associé à une désorientation dans le temps et dans l'espace².

²Enquête dans les EHPA effectuée par le SESI, 31/12/1994

PROBLÉMATIQUE

Aujourd'hui, parmi les personnes âgées infirmes physiquement, celles qui désirent rester chez elles, le peuvent lorsqu'il existe des soins à domicile. Ainsi, l'institution devient plus un choix pour elles, alors qu'elle était leur seule solution jusque dans les années 80. Ceci explique la diminution progressive du taux des personnes lucides en institution et l'augmentation du nombre des résidents déments ou désorientés. Parmi ces résidents se trouvent de nombreux "faux" dépendants d'origine névrotique : phobies de la marche (principale cause du syndrome lit-fauteuil), régression, hypocondrie, comportements hystériques, psychologie de démission et autres troubles névrotiques et caractériels rendent souvent le maintien à domicile impossible mais peuvent être traités efficacement s'ils sont pris en charge suffisamment tôt. Mais ce traitement ne relève pas d'une addition de médicaments supplémentaires, mais de thérapeutiques psycho-comportementales.

L'architecture est un élément essentiel de la prise en charge de ces personnes en établissements: elle complète voire allège des traitements médicamenteux lourds chez une population de patients souvent perturbateurs. La démence est une maladie de la communication et de l'adaptation, nécessitant de ce fait que ce soit l'institution qui s'organise et s'adapte aux résidents qui en sont affectés, afin notamment de renforcer les potentialités qui leur restent. La prise en charge ne doit en effet pas se limiter à du gardiennage, mais à une véritable thérapie non médicamenteuse destinée à maintenir, consolider, voire restaurer les capacités cognitives, praxiques, mnésiques et physiques, et à revaloriser l'image de ces personnes âgées. En effet en privilégiant par exemple, la lumière naturelle, la communauté et la déambulation externe, on essaie de compenser dans une certaine mesure par des aménagements d'ordre environnemental, les problèmes de désorientation, de troubles de la mémoire et de capacité sociale, ainsi que la détérioration de l'estime de soi.

Créé en 1974, l'Institut Weiss du Centre Gériatrique de Philadelphie a été conçu dans le but d'améliorer les conditions d'existence des personnes âgées souffrant de déficits cognitifs. L'équipe de Lawton a établi quelques postulats qui conduisent à la notion d'environnement "prothétique". Ces chercheurs constatent que si la plupart des personnes

peut réagir positivement à des pressions environnementales variées, les personnes à basse compétence ont des limites d'adaptabilité beaucoup plus restreintes. Ainsi plus la personne est atteinte, plus elle est sensible ou vulnérable aux déficiences de son environnement parce que moins adaptable. Donc plus la compétence de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif; et un aménagement environnemental adapté pourrait produire une amélioration sensible dans son comportement.

Les maisons de retraite publiques utilisent-elles et dans quelle mesure, les connaissances théoriques, pour adapter leur architecture aux déficiences cognitives et comportementales croissante des résidents? Il existe notamment de nombreuses études médicales, neuropsychologiques, psychodynamiques, psychosociales et architecturales.

HYPOTHÈSES

1 - Hypothèse principale

Les maisons de retraite publiques sont généralement des bâtiments anciens qui n'ont pas été conçus pour accueillir un public désorienté. Or cette population y est de plus en plus nombreuse. Malgré l'importance de l'architecture dans la prise en charge de ces résidents, il nous est apparu que ces bâtiments ne correspondent pas à la représentation théorique d'une architecture adaptée : les petites structures d'accueil de type cantous existent rarement, et le modèle hospitalier issu des anciens hospices, avec de longs couloirs impersonnels, reste encore le modèle architectural dominant.

Ces établissements prennent peu en compte les données récentes de la recherche (utilisation thérapeutique des couleurs, jeux de lumière, mixité des populations désorientées ou pas,...), pour adapter leur architecture à la dépendance perceptuelle des personnes âgées détériorées psychiquement (désorientation temporo-spatiale, déambulation,...).

C'est pourquoi nous posons comme hypothèse que la mise en place de repères spatiaux et temporels ainsi que l'organisation des espaces sont réalisés de manière empirique et ponctuelle, mais rarement intégrés dans un projet global de restructuration architecturale d'adaptation de l'établissement aux personnes désorientées.

2 - Hypothèses secondaires

Les adaptations architecturales des établissements hébergeant des personnes âgées à la prise en charge des personnes désorientées ne sont que marginales.

Néanmoins ces adaptations marginales et empiriques sont un soutien efficace dans la prise en charge et la réorientation temporo-spatiale des personnes âgées présentant des déficits cognitifs ou comportementaux.

La cohabitation des populations saines et démentes imposée par la structure existante des bâtiments, n'est pas en soi un élément de mauvaise qualité de la prise en charge.

PARTIE I - DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE

Chapitre 1 - Les aspects multiples de la démence

Étymologiquement, le concept de démence vient du latin “*De mens*” qui signifie “Sans esprit”. Le terme s’est substitué à celui de folie pour ne plus concerner progressivement que les personnes âgées³. La multiplicité des formes de démence rend la maladie difficile à appréhender.

A – La double étiologie de la maladie

Il existe deux théories complémentaires sur l’origine de l’apparition des démences chez les sujets âgés. L’une s’intéresse aux causes organiques, l’autre privilégie les causes psychologiques.

1 - Les désordres cérébraux organiques

On appelle syndrome organique cérébral un ensemble de symptômes psychologiques et comportementaux, sans référence à une étiologie particulière. Les manifestations classiques d’un tel syndrome, qui se présentent à des degrés divers et à des phases différentes du désordre selon les cas, sont multiples (troubles cognitifs, désorientation temporo-spatiale,...).

Établir un diagnostic précis dans les désordres de type démence est difficile, car il n’y a pas de certitude neuropathologique claire avant l’autopsie (ou parfois la biopsie). Dès lors,

³RIGAUX, N. : Raison et déraison : discours médical et démence sénile, 1994, Oxalis
Eric SIMON – Mémoire de l’École Nationale de la Santé Publique - 2000

c'est un diagnostic global et probable, de démence, plutôt que de maladie spécifique, qui est formulé, sur la base des manifestations cliniques observables dans tous les types de démence.

Au sein des démences organiques, on distingue deux sous-ensembles principaux : les démences corticales, et les démences sous-corticales.

Les démences sous-corticales

Les démences sous-corticales impliquent une perte de cellules au niveau des structures sous-corticales, telles que les noyaux de la base, le thalamus et le tronc cérébral. Les manifestations cliniques de ces démences consistent dans l'interruption de fonctions fondamentales comme l'éveil, l'humeur, la motivation ou le mouvement. Un exemple de démence sous-corticale est la maladie de Parkinson avec la dépression comme complication fréquente.

Les démences corticales

Les démences corticales peuvent être artériopathiques (ou vasculaires). Elles résultent de l'effet cumulatif de multiples infarctus cérébraux, dûs à des occlusions vasculaires. Ces blocages de flux sanguins eux-mêmes attribuables à l'artériosclérose (durcissement des artères) et à l'athérosclérose (rétrécissement des vaisseaux sanguins), entraînent une insuffisance d'apport d'oxygène et d'éléments nutritifs au cerveau, et conséquemment, la mort des cellules. Les fonctions atteintes sont le langage, l'apprentissage et la perception. Les démences de type Alzheimer (DTA) sont également un type de démences corticales. Il n'existe actuellement aucun diagnostic spécifique de la maladie d'Alzheimer. L'autopsie permet toutefois d'évaluer la nature et l'étendue des atteintes aux structures cérébrales et de poser un diagnostic rétrospectif de la maladie. Les progrès récents de l'imagerie médicale (caméras à positrons, PET Scan) ajoutent la possibilité d'examiner les altérations du métabolisme cérébral du vivant du sujet.

Deux types d'altération structurale peuvent être distingués :

- les changements microscopiques. Ils sont caractéristiques des cerveaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, particulièrement l'accumulation d'enchevêtrements

neurofibrillaires et de plaques séniles. Les structures filamenteuses sont disséminées dans le cortex. Elles s'accumulent à l'intérieur du corps cellulaire de certains neurones et en viennent à remplacer les composantes cellulaires neuronales normales;

- les changements macroscopiques. Les plaques séniles sont des structures sphériques composées principalement de matériel protéique entouré de divers débris de neurones en décomposition. Enfin la surproduction d'amyloïde est également caractéristique de cette pathologie.

Toutefois, il est à noter que la plupart des personnes de plus de 75 ans présentent une certaine quantité de plaques séniles, d'enchevêtrements neurofibrillaires et d'atrophies corticales sans nécessairement souffrir de démence. La différence essentielle pourrait résider dans le fait que chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ces modifications sont plus nombreuses et localisées dans plusieurs zones du cerveau qui jouent un rôle crucial dans le fonctionnement cognitif (notamment l'hippocampe qui a un rôle déterminant dans le processus de mémoire).

Les syndromes confusionnels (ou delirium)

A côté des démences corticales et sous-corticales, on distingue un troisième type de démence organique : le syndrome confusionnel (ou délirium). Il s'agit d'un état passager attribuable au dérangement temporaire du fonctionnement des cellules cérébrales. Toute atteinte cérébrale peut engendrer un état confusionnel. Une infection du système urinaire, ou encore un médicament courant pris à dose thérapeutique, peut provoquer un syndrome confusionnel chez une personne âgée; en effet l'avancement en âge s'accompagne d'une réduction de la résistance aux maladies et d'une plus grande vulnérabilité aux agents pathogènes de différentes origines.

2 - L'analyse des démences en psychologie

A côté de la théorie neurologique lésionnelle, il existe des hypothèses, issues des courants psychanalytiques et de la psychologie clinique, pour expliquer les démences. Face à l'accumulation des frustrations quotidiennes (diminution voire perte de la sexualité agie et de l'activité sociale notamment) et l'angoisse de l'approche de la mort et de la perte du

Moi, la personne âgée n'a souvent plus à sa disposition les mécanismes de défense utilisés chez l'adulte, telles que les diverses sublimations ou la fuite en avant dans l'action : l'avenir, siège temporel de la projection du désir, est ressenti comme bref et insuffisant, d'où un présent mal investi et la réactualisation d'un passé riche de plaisirs auxquels on doit renoncer.

H. BIANCHI⁴ explique la démence comme une voie possible du vieillissement, dernière alternative si le sujet n'a pas pu désinvestir le monde ou trouver un objet de sublimation extérieur. En effet à l'approche de la mort, le sujet doit affronter des expériences difficiles : il est confronté à ses handicaps physiques et au vieillissement corporel qui réduisent ses activités; en outre il y a une diminution fréquente des liens relationnels et une perte de l'identité sociale : c'est le "dessaisissement subjectif des rôles sociaux"⁵. L'inconfort engendré par la conjugaison de ces facteurs est tel qu'il accapare la plus grosse part de l'énergie libidinale du sujet, et entraîne un repli sur le passé qui peut aller jusqu'à la démence.

M. PERUCHON⁶ avance le fait que la vieillesse se caractérise par une diminution de la libido engendrant ainsi une libération de la pulsion de mort qui, dès lors, devient plus agissante et provoque des conséquences sur l'organisation mentale du sujet. Si ces dernières sont relativement discrètes chez les personnes âgées non malades, elles peuvent produire chez le dément des comportements de détachement et de désinvestissement massif. Pour lutter contre ce vide qui correspond à une hémorragie narcissique, le sujet s'isole pour épargner le minimum de libido restante lui permettant de vivre. Dans ce souci d'économie, l'appareil psychique du sujet âgé ayant une pathologie démentielle va se mettre à l'abri du factuel et de l'actuel, et ainsi sombrer dans la désorientation temporo-spatiale et adopter des comportements inappropriés.

Les causes étiologiques de démences chez les personnes âgées sont donc multiples et les diagnostics précis sont souvent délicats à établir. Toutefois les manifestations comportementales demeurent proches.

⁴BIANCHI, H. : "Vieillir ou les destins de l'attachement", La question du vieillissement - perspectives psychanalytiques, PARIS, DUNOD

⁵GUILLAUMIN, J. : Le temps et l'âge - Réflexions psychanalytiques sur le vieillir, 1982, Lyon, Chroniques sociales

B – Des manifestations complexes

1 – Succession des stades de démence

Le tableau clinique des démences témoigne en général d'une évolution progressive et irréversible de certains déficits cognitifs. C'est ainsi qu'on trouve :

- les troubles de la mémoire représentent fréquemment le premier signe dont se plaint le sujet lui-même. Ces troubles sont très discrets au début, mais avec l'évolution de la maladie, ceux-ci peuvent avoir des répercussions sur la vie quotidienne (familiale, professionnelle et sociale) par la manifestation de certaines erreurs inhabituelles ou répétitives;
- les troubles de la fonction symbolique, notamment troubles du langage (réduction du stock de mots disponibles, perte de l'utilisation des mots polysémiques et difficulté de la dénomination) et de problèmes praxiques (apraxie idéomotrice, idéatoire et constructive) qui peuvent être la cause de certains accidents domestiques plus ou moins graves;
- les troubles gnosiques (agnosie des images, alexie agnosique et prosopagnosie).

Les processus démentiels évoluent souvent insidieusement. On les confond souvent avec de simples artefacts liés à l'âge. En plus du tableau clinique précédent, on observe souvent des problèmes d'ordre physiologique comme les troubles d'ordre sphinctériens et les troubles alimentaires, ainsi que des problèmes d'ordre psychologique comme les délires et les incohérences du discours.²

En cas de démence artériopathique, les manifestations cliniques spécifiques dépendent de la localisation, du nombre et de l'étendue des infarctus cérébraux. Les symptômes précoces sont les étourdissements, les maux de tête, la diminution de la vigueur physique et mentale, et des plaintes somatiques indifférenciées. Ensuite, ce sont la mémoire, le pensée abstraite et le jugement qui sont affectés. Ainsi, pour les individus droitiers, un dommage plutôt localisé du côté de l'hémisphère gauche conduira à des déficits plus marqués dans le langage (aphasie) et dans la coordination des mouvements, et un dommage dans l'hémisphère droit se manifestera plutôt par des déficits dans les habilités spatiales. A la

⁶PERUCHON, M. : Le déclin de la vie psychique, 1994, Paris, Dunod

désorientation s'ajoutent donc des handicaps physiques.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, le désordre neurologique se manifeste par la détérioration progressive et irréversible des fonctions cognitives, telle que la mémoire et la pensée, et des fonctions motrices. Reisberg⁷ a élaboré un modèle de progression de la maladie d'Alzheimer selon trois phases, d'après des observations cliniques. La première phase de la maladie se caractérise par une perte de mémoire progressive. Dans une deuxième phase, on trouve des symptômes de détérioration intellectuelle et de confusion (orientation, concentration, mémoire). L'étape suivante est caractérisée par l'agitation, les idées délirantes de préjudice ou de persécution, la confusion des identités dans les relations, ainsi que par l'incontinence et la perte des habiletés de communication. Les problèmes de comportement alors observés sont l'agitation, l'errance, l'agressivité, le repli sur soi, l'anxiété et l'incontinence. Ils augmentent avec la sévérité des déficits cognitifs.

2 – Les manifestations multiples de la démence

La désorientation temporelle

Elle a une double nature. D'une part, il y a une dégradation de "l'axe chronométrique"⁸ c'est-à-dire de l'organisation répétitive des rythmes et de leur ritualisation sans véritable dimension directionnelle. Le vieillissement physiologique entraîne un certain nombre de ruptures des rythmes précédemment acquis : le cycle menstruel se rompt avec la ménopause, le rythme nyctéméral d'éveil et de sommeil se perturbe également,... A ces ruptures s'ajoutent une perturbation des rythmes sociaux avec l'isolement grandissant chez la personne âgée.

D'autre part il y a une perturbation de "l'axe chronologique". Chez l'adulte, celui-ci est vectorisé, orienté du passé vers l'avenir. Mais chez la personne âgée, particulièrement lorsqu'elle est démente, il y a l'angoisse de l'avenir, à l'approche de la mort, et un retour du passé. La notion de présent est déstructurée, et les souvenirs ne sont pas réactualisés par

⁷REISBERG, B. : "the evolution of senility", A guide to Alzheimer's disease, 1983, New-York, Collier Macmillan, p.81 à 99

⁸GAUCHER, J. : "Le temps rompu par l'âge", Les aspects psychologiques du vieillissement pathologique, 1982, Thèse de 3e cycle, Lyon II

rapport à lui. Ils apparaissent comme une évocation brute d'un moment antérieur sans être adaptés au présent. On peut parler de "réorganisation circulaire du temps chronologique"⁹.

Cette désorientation temporelle peut entraîner des perturbations dans le rythme de l'activité psychomotrice (agitation vespérale, déambulation nocturne,...) et être gênante pour la vie collective en institutions. En outre le temps en institution, avec l'uniformité qu'elle ne manque pas de créer, tend à devenir monotone : l'absence de repères s'en trouve renforcée.

Feinberg¹⁰ a comparé les caractéristiques du sommeil des vieillards déments à celles des vieillards normaux. Il a noté chez les premiers : une quantité réduite de sommeil total, un endormissement retardé, un nombre supérieur d'éveils nocturnes, une durée d'éveil augmentée, une tendance à l'uniformisation des cycles sommeil lent - sommeil paradoxal, et une réduction du temps de sommeil paradoxal. Ce tableau traduit à la fois une altération de la structure du sommeil et une désorganisation générale des mécanismes de vigilance comme en témoignent le caractère brusque et agité des éveils nocturnes et la baisse de vigilance diurne.

En outre Lowenstein¹¹ a noté que la sévérité des symptômes cognitifs semble varier de manière importante d'une heure à l'autre, ce qui provoque une alternance de périodes confuses et de périodes d'amélioration apparente. Cette variabilité des symptômes peut être interprétée dans le cadre des variations circadiennes affectant les performances cognitives. Parallèlement aux perturbations neurophysiologiques des structures impliquées dans les mécanismes ultradiens et circadiens, les déments présentent une plus grande susceptibilité aux altérations des "synchroniseurs environnementaux" (alternance lumière-obscurité, bruit-silence) et ont des difficultés à s'adapter à des modifications brusques de l'environnement sensoriel.

⁹Op. cit.

¹⁰ FEINBERG, I., CARLSON, V. : « Sleep variables as a function of age in man », Archives of general psychiatry, 1968, n°18, p.239 à 250

¹¹ LOWENSTEIN, R.J., WEINGARTNER, H., GILLINJ.C., KAYE W., EBERT, M., MENDELSON, W.B. : « disturbances of sleep and cognitive functioning in patients with dementia », Neurobiology of aging, 1982, n°3, p. 371 à 377

La désorientation spatiale

Chez la personne âgée démente, il y a une perte du sens de direction. Elle ne peut s'accrocher à des repères spatiaux : elle ne peut passer de l'espace paysage à l'espace géographique, c'est-à-dire qu'il n'existe pour elle que l'espace vécu. Elle se raccroche à des repères concrets et préhensibles. L'institution offre au vieillard l'espace du labyrinthe et provoque parfois des réactions d'angoisse devant ces cheminements complexes entre lesquels il faut choisir alors qu'il est devenu incapable d'effectuer ce choix. Si les repères ne sont pas clairs, ou sont modifiés, une réaction de panique peut s'ensuivre, entraînant un état de confusion surajouté.

En outre, les personnes âgées démentes souffrent d'anomalies de la perception : elles font des erreurs d'interprétation, et ont des illusions et des hallucinations. Elles souffrent d'une altération de la pensée abstraite et du jugement, et présentent des manifestations d'angoisse (impossibilité de reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles intactes) et des troubles des fonctions cognitives.

Par conséquent, les personnes âgées peuvent présenter des déficits étendus à l'ensemble des domaines cognitifs et fonctionnels. Elles peuvent manifester des troubles psychiatriques graves. Les problèmes de comportement alors observés sont l'agitation, l'errance, l'agressivité, le repli sur soi, l'anxiété et l'incontinence. Devant une erreur, la personne démente ne compense pas. Il faut donc lui fournir la prothèse d'un rythme calqué sur celui de la vie quotidienne extérieure à l'institution, et d'un espace réduit à ce qu'il peut appréhender sans angoisse.

Ainsi, la survenue d'un état de démence entraîne des difficultés comportementales dûes notamment à la désorientation et aux handicaps physiques liés. Une prise en charge satisfaisante nécessite des interventions spécifiques dans un cadre adapté.

C - Modes d'interventions pharmacologiques ou non

La démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer sont les deux formes majeures de démence présentes dans l'avance en âge : elles évoluent de manière irréversible, et aucun traitement médicamenteux spécifique efficace n'existe pour soigner l'ensemble de la pathologie. En revanche le syndrome confusionnel est normalement réversible, une fois que les facteurs qui l'ont provoqué ont été corrigés ou éliminés.

Néanmoins dans tous les cas, l'environnement est un facteur décisif : les interventions ont pour objectif de réduire l'incapacité au minimum et d'aider le patient, les professionnels et les aidants naturels à composer avec la maladie en s'attaquant aux désordres comportementaux associés à la maladie. Les interventions sont de plusieurs natures :

- pharmacologiques (médicaments psychotropes notamment); toutefois l'utilisation des médicaments en gériatrie est spécifique. En effet les drogues thérapeutiques sont soumises dans l'organisme à des transformations : résorption, distribution, métabolisme hépatique et enfin excrétion urinaire. Ces étapes sont modifiées chez le vieillard. Par exemple, la résorption des drogues est insuffisante après un premier passage hépatique. Cela augmente la concentration des produits hydrosolubles et prolonge la durée de fixation dans les tissus liposolubles. C'est pourquoi les posologies doivent être adaptées. Ainsi la morphine orale est rarement nécessaire à des doses importantes (5mgs toutes les 4 heures suffisent le plus souvent à soulager un vieillard). De même les anxiolytiques et les antidépresseurs sont redoutables s'ils sont prescrits sans tenir compte des modifications constantes de la physiologie du vieillard : ils entraînent notamment d'importantes phases de somnolence.
- psychologiques;
- environnementales (matériel avec l'adaptation de l'habitat notamment, social en luttant contre l'isolement).

Par conséquent, qu'elles soient d'origine psychologique ou somatique, qu'elles impliquent des thérapies médicamenteuses ou non, les démences séniles sont un défi à l'institution : elles nécessitent une prise en charge adaptée à la fois sur le plan des soins et de

l'environnement. C'est pourquoi, l'architecture est un élément de la qualité de cette prise en charge, et elle doit être pensée spécifiquement pour l'accueil des personnes présentant des symptômes de désorientation et des comportements inadaptés.

Chapitre II - La place de l'architecture dans la prise en charge des personnes âgées désorientées

L'architecture a un double rôle : d'une part, elle permet dans une certaine mesure de pallier aux déficiences sensorielles des personnes démentes ; d'autre part, elle organise l'espace et donc la cohabitation dans la structure des résidents déments ou non, handicapés ou non, etc...

A - L'orientation dans le temps et dans l'espace des personnes démentes

1 - Les objectifs de l'adaptation

La plupart des gens composent adéquatement avec un nombre relativement grand de demandes émanant de leur milieu physique et social. En contraste, pour les individus qui présentent une compétence cognitive réduite, tels que les patients atteints de démence, cette flexibilité est limitée, et les demandes du milieu assument un rôle plus important dans la détermination du bien-être psychologique¹². Des procédures de modification de l'environnement visent à influencer le comportement de l'individu. Avec les patients atteints de démence, l'objectif est d'aménager des environnements physiques et sociaux qui réduisent au minimum les conséquences négatives des déficits cognitifs et qui maximalisent l'utilisation des capacités résiduelles. Il semble que les personnes atteintes de démence fonctionnent au-dessous de leurs capacités réelles dans de nombreuses situations, simplement parce que l'environnement n'est pas organisé pour compenser les déficits et pour favoriser une utilisation optimale de leurs capacités restantes. En plus d'être stimulant, l'environnement doit limiter les troubles comportementaux, l'inquiétude et l'agitation.

¹²Op. cit.

En outre parmi les principes fondateurs d'une architecture adaptée aux personnes démentes, on trouve la sécurité du résident. Les aménagements ont pour but de réduire les risques de chutes et d'accidents, de rendre quasiment impossibles les fugues en dehors de l'établissement, tout en étant conformes aux normes de sécurité incendie.

L'objectif global est donc l'amélioration de la qualité de vie du résident. L'aménagement de l'espace, la volumétrie, la disposition de repères familiers en continuité avec les repères habituels de chacun dans sa vie antérieure, le rappel de paysages ou de monuments, le choix de couleurs apaisantes, sécurisantes, contribueront à améliorer le confort du malade.

2 - Les moyens à mettre en oeuvre

Des changements dans l'environnement matériel incluent l'utilisation d'éléments prothétiques qui compensent les déficits présents dans les syndromes démentiels. Certains changements visent à améliorer la sécurité de l'immeuble, des équipements et des outils. Des aides pour l'attention et la mémoire, tels que le codage par couleurs des chambres et des objets personnels, sont utilisés. L'environnement physique peut aussi être modifié pour réduire l'isolement et la privation sensorielle (on sait notamment que la maladie d'Alzheimer s'accompagne souvent d'une réduction de l'acuité visuelle) : une réorganisation du mobilier favorisant les interactions sociales ainsi que des mesures prises pour que les résidents utilisent différents espaces à différents moments de la journée sont des exemples de tels efforts. Les changements du milieu physique peuvent aller jusqu'à la conception originale d'un environnement de foyer ou de centre d'accueil intégré pour patients déments.

Un environnement matériel adapté implique donc l'utilisation d'éléments prothétiques pensés et adaptés aux publics visés. De même, l'organisation des espaces est fondamentale.

B – Les nombreux débats soulevés par la problématique de la cohabitation avec des personnes saines

La dépendance psychique devient une cause importante de placement en établissement

pour personnes âgées. Les déments avec troubles du comportement qui seraient refusés en maisons de retraite, sont orientés vers les services de soins de longue durée ou vers des maisons de retraite spécialisées. Les personnes souffrant de troubles névrotiques caractériels vont plutôt en maisons de retraite classiques.

Autrefois la mixité des déments et des non-déments au sein des mêmes unités faisait l'unanimité des gériatres. Toutefois les premiers tirent-ils vraiment un avantage de cette mixité, en termes de qualité de vie et de respect, ou au contraire, une moindre liberté, un risque iatrogène supérieur (sédatif)? A-t-on le droit de séparer les déments? A-t-on le droit de laisser les personnes lucides au contact des déments?

Des effets positifs ont été démontrés sur la socialisation, l'hygiène et l'alimentation personnelles d'un aménagement spécialement conçu pour patients déments¹³. Toutefois il semble que la cohabitation de deux types de populations - démentes et saines - puisse avoir des effets positifs si les personnes désorientées restent en proportion limitée. Ainsi deux écoles de pensée s'affrontent autour de cette problématique.

1 - Intérêt de la mixité des populations

L'une préconise d'intégrer dans des unités communes toutes les personnes, quelles que soient leurs difficultés et leur degré de capacité fonctionnelle. D'une part cette organisation permet de maintenir des comportements individuels les plus proches possibles de la norme sociale; d'autre part les personnes saines servent de modèle, et fournissent des stimulations pour l'orientation, la mémoire, les activités de la vie quotidienne et les interactions sociales.

En outre la mixité permet d'éviter la lassitude et le *burn out* du personnel. En effet en plus d'une banalisation et d'un risque de monotonie de la prise en charge, les malades déments sont perçus comme occasionnant dans l'ensemble plus de travail que les autres résidents¹⁴.

¹³BENSON, D.M., CAMERON, D., HUMBACH, E., SERVINO, L., GAMBERT, S. R. : "Création et conséquences d'un service pour déments en maison de retraite", Revue de la société américaine de gérontologie, n°35, p.319 à 323

¹⁴BERTHEL, M., ETHEVE, M., BINDLER, J. (1995)

Par conséquent, le regroupement des personnes en fonction de leur autonomie mentale engendre des effets secondaires dont le sentiment de rejet, la diminution des stimulations diverses, ou encore la routinisation du travail du personnel; ces éléments accélèrent la détérioration des patients. De plus ces regroupements débouchent sur des interventions stéréotypées plus quantitatives que qualitatives devant des diagnostics semblables, qui peuvent aller du “maternage”¹⁵ à la violence; la ségrégation n’est alors plus vue comme une intégration avec des moyens différents, mais comme une relégation. Les soignants finissent par être découragés, fatigués, et la routine de leurs tâches nuit à une stimulation efficace des résidents.

2 - Avantages des petites structures spécialisées

Arguments pour la ségrégation

L’autre théorie préconise la ségrégation pour des raisons d’ordre organisationnel, mais aussi pour offrir des services spécialisés adaptés à une clientèle spécifique dans des unités particulières. Sur le plan de l’organisation, il est plus facile de planifier le nombre et le type de personnel requis, les horaires de travail, la répartition des tâches et des soins spécifiques lorsque l’on s’adresse à une clientèle homogène.

Ces structures offrent un environnement plus stable et plus sécuritaire pour la personne en difficulté, et elles améliorent la vie des personnes lucides. En effet, remarquant la situation déficitaire des personnes démentes, elles expriment à leur égard des sentiments variés comme de la pitié, des comportements protecteurs, de la crainte, de la répulsion, du rejet. Des comportements perturbateurs occasionnent également parfois chez elles de l’anxiété, de l’irritabilité et une crainte de devenir aussi atteintes que la personne démente.

¹⁵JANDROT-LOUNAT, F. : “Etre la mère de la mère”, Vieillir ensemble, 1983, PARIS, p.16 à 26
Eric SIMON – Mémoire de l’École Nationale de la Santé Publique - 2000

Les Cantous

Le premier Cantou¹⁶ a vu le jour en 1977 au foyer Emilie Rodat de Rueil-Malmaison, sur l'initiative de Georges Caussanel, directeur de cet établissement.

Il s'agit de petites unités de vie accueillant de 12 à 15 personnes âgées que l'altération de leur état mental rend très dépendantes. C'est une structure non-médicalisée qui est généralement intégrée dans un maison de retraite mais qui peut aussi être créée ex-nihilo. Elle est gérée par une ou plusieurs maîtresses de maison qui prennent en charge totalement les personnes âgées démentes. Les soins sont assurés par des professionnels libéraux.

Le Cantou répond à un certain nombre de caractéristiques qui ont été reprises par la circulaire n°86-16 du 13 février 1986 :

- un lieu de vie communautaire clos,
- 12 à 15 chambres regroupées autour d'une pièce commune,
- des résidents atteints de détérioration mentale,
- des activités centrées sur la vie domestique,
- un personnel stable et polyvalent,
- une autonomie de fonctionnement,
- la participation des familles.

Ainsi par cette circulaire, le Cantou acquiert une reconnaissance administrative. En outre le CNAVTS renforce cette position car dans sa circulaire n°24-88 du 5 février 1988, elle mentionne qu'une unité de vie inspirée du Cantou est obligatoire notamment dans les Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (MAPAD).

Ce concept de base a souvent été reproduit et il est à l'origine de la création d'unités de psychogériatrie pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La ségrégation permet dans ce cas une prise en charge adaptée aux personnes démentes et les protège des autres personnes âgées.

¹⁶ Le terme Cantou signifie en occitan " coin du feu " mais il correspond aussi au sigle Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles.

3 - Possibilités d'adaptation sur le terrain

Si le mélange des 2 populations, saines et démentes, doit respecter une limite généralement admise de 25% de déments, le profil des publics accueillis ne permet pas toujours de respecter ce rapport. En effet le développement des soins à domicile fait de l'institution un choix positif, ce qui explique la diminution progressive du taux de personnes lucides en maisons de retraite. La dépendance psychique devient une cause majeure de placement.

Deux impératifs doivent être respectés :

- en cas de cohabitation, il faut éviter tout ce qui peut perturber les personnes lucides (déambulation nocturne dans la chambre des résidents, repas, animation...) et tout ce qui peut effrayer les déments comme des comportements mal interprétés (cause d'agressivité);
- en cas d'unité d'accueil spécifique, il faut éviter l'entrée de tout malade dont le diagnostic et les indications ne soient pas soigneusement contrôlés : un malade avec un état de confusion prolongée introduit dans une unité de déments, risque de ne jamais récupérer.

La mixité limitée

Ainsi il semble se dégager un consensus pour une mixité limitée des populations accueillies. En effet le nombre de personnes présentant des comportements asociaux influe grandement sur le degré de tolérance des résidents lucides; en outre il entraîne une surcharge de travail pour les soignants face à une population mixte dont les besoins individuels sont très variés. Ainsi le taux des personnes présentant des difficultés d'ordre mental et intégrées parmi une population lucide doit rester contenu dans une limite de tolérance qui varie selon les auteurs, de 10%¹⁷ à 25%¹⁸.

Le développement des structures d'accueil de jour

La promiscuité imposée à des personnes lucides vivant en commun avec des résidents

¹⁷ICHANSON, J. : La prise en compte des personnes âgées malades mentales dans une maison de retraite : une orientation nécessaire du projet d'établissement, Mémoire DES, Rennes, 1992

¹⁸MIAS, L. : "Personnes âgées présentant des déficits cognitifs : intégration, sectorisation communautaire ou relégation?", Revue du Généraliste et de la Gérontologie, 1997, n°37, p;19 à 26

malades, dans un état de confusion très avancé et ayant des comportements perturbateurs voire agressifs, est un des aspects douloureux de la vie en institution. Toutefois un milieu de vie hétérogène représente des avantages en termes de gains ou de maintien des performances pour les résidents confus. On peut alors développer une semi-intégration par la mise en place d'une unité palliative et prothétique à l'intérieur de l'établissement. Lieu physique fermé, elle accueille les résidents déments le jour pour un programme d'intervention adapté (orientation, stimulation, musicothérapie,...), mais ces personnes âgées regagnent leur chambre le soir, parmi les autres résidents. De même on pourrait envisager de développer des structures d'accueil de jour pour des personnes désorientées prises en charge par ailleurs, par une équipe de soins à domicile.

Si l'accueil concomitant de populations lucides et démentes pose toujours des problèmes, il semble que la mixité limitée reste la meilleure solution. Cette mixité peut être adaptée dans l'espace (quotas de personnes âgées démentes par unités) ou dans le temps (activités séparées en journée). Les solutions concilient les contraintes d'accueil des déments et de service public, avec les contraintes de qualité de la prise en charge.

C - Efficacité de l'adaptation architecturale sur l'état psychique des personnes démentes

Il semble que les interventions sur l'environnement matériel des personnes démentes augmentent le nombre de comportements adaptés et diminuent le nombre de comportements pathologiques. Par exemple, Lawton et ses collaborateurs¹⁹ ont évalué l'influence exercée sur les patients par le fait d'aménager un établissement en créant un grand espace central entouré de chambres individuelles. Cet aménagement de l'espace visait à favoriser l'orientation et les interactions sociales. Cette structuration se traduisait aussi par des variations dans le décor des chambres, par le codage des lieux avec des couleurs différentes et par l'utilisation de grands panneaux d'orientation. Ces auteurs ont noté chez les patients une utilisation plus fréquente des espaces communs et des manifestations d'intérêt plus marquées pour le contact social. Dans le même ordre d'idées,

¹⁹LAWTON, M.P., MOSS, M.S., FULCOMER, M., KLEBAN, M. : "Architecture pour les personnes handicapées mentales", Environnement et comportement, 1984, n°16, p.730 à 757

Benson et ses collaborateurs²⁰ ont mentionné les effets positifs sur la socialisation, l'hygiène et l'alimentation personnelles, d'un aménagement spécialement conçu pour patients déments.

Par conséquent, les établissements d'accueil pour personnes âgées peuvent améliorer la qualité de leurs prestations en adaptant leur architecture à la prise en charge des personnes âgées démentes. Il est intéressant de voir dans quelle mesure cette adaptation est réalisée, et de quelle manière elle est prise en compte concrètement sur le terrain.

²⁰BENSON, D.M., CAMERON, D., HUMBACH, E., SERVINO, L., GAMBERT S.R. : "Mise en place et conséquences d'une unité pour déments dans une maison de retraite", Revue de la société

Partie II - ETUDE DE L'ADAPTATION ARCHITECTURALE DES MAISONS DE RETRAITE DE SEINE-SAINT-DENIS A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGES DÉMENTES

Chapitre I - Méthodologie

A - Cadre de recherche

1 - Le contexte de la Seine-Saint-Denis

La Seine-Saint-Denis est un département jeune mais qui vieillit rapidement. Les personnes âgées de 75 ans et plus, représentent 4,4% de la population mais devraient atteindre 5,4% en 2010²¹.

En outre l'espérance de vie dans le département est plus importante que dans le reste de la France. Elle est, à 60 ans, de 20,4 ans pour les hommes, et de 25,4 ans pour les femmes, contre respectivement 19,7 ans et 24,9 ans en moyenne nationale. Le département doit donc se préparer à une augmentation importante du nombre de ses habitants très âgés.

Or il est largement sous-équipé en places d'accueil pour personnes âgées. La capacité totale d'accueil en Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est de 7360 places réparties dans 96 structures (51 logements-foyers, 37 maisons de retraite, 8 longs séjours). Le taux global d'équipement est de 128 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. En comparaison le taux moyen national était de 167 pour 1000 en 1992²². Entre 1986 et 1996, les capacités d'accueil ont augmenté de 26% en France, mais elles ont reculé

américaine de gériatrie, 1987, n°35, p.319 à 323

²¹Projection INSEE 2010

²²Observatoire régional de la santé en Île-de-France (ORSIF) : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Île-de-France, septembre 1995

de 15% dans les maisons de retraite publiques de Seine-Saint-Denis à cause de la transformation des hospices en maisons de retraite de plus faible capacité.

Ces caractéristiques institutionnelles et l'insuffisance en équipements d'accueil entraînent lors de l'admission en établissements, une sélection des résidents : ceux-ci sont de plus en plus âgés (l'âge moyen d'entrée en maison de retraite est de 84 ans en Île-de-France) et de plus en plus dépendants, le maintien à domicile étant prolongé au maximum et les admissions se faisant souvent dans l'urgence. Le GIR moyen pondéré des résidents en maisons de retraite, évalué à partir de la grille AGGIR²³, dépasse fréquemment le seuil des 700 points, considéré comme seuil pour les soins de longue durée. Le profil des résidents accueillis a donc beaucoup évolué.

Les résidents désorientés sont de plus en plus nombreux. En Seine-Saint-Denis, les personnes âgées accueillies sont très majoritairement issues de milieux ouvriers assez défavorisés; or certaines études montrent une certaine corrélation entre les différences pré-morbides de niveaux d'éducation et de performances cognitives, et la prévalence des pathologies démentielles chez la personne âgée. En outre, le taux de prévalence de la démence augmente avec l'âge²⁴.

L'adaptation des établissements à la prise en charge de ces personnes est donc aujourd'hui cruciale, particulièrement dans ce département.

2 - Définition retenue des “personnes âgées démentes”

Le diagnostic de démence de type Alzheimer n'est pas facile à établir, dans la mesure où des investigations très poussées sont nécessaires, en plus de l'examen clinique et de l'anamnèse, telles l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la tomographie d'émission par positrons (TEP). Mais la confirmation d'un tel type de démence n'est obtenue avec certitude qu'après une autopsie qui prouve la présence d'éléments pathognomoniques (plaques séniles, dégénérescences neuro-fibrillaires, atrophie corticale et dégénérescence granulo-vacuolaire).

²³ Autonomie gérontologique Groupes Iso-ressources (voir la grille d'évaluation en annexe n°2)

²⁴JORM, A. F., KORTEN, A. E., HENDERSON, A. S. : “The prevalence of dementia : a

Les choses se compliquent davantage lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies, démentielles ou non, présentant certains symptômes comparables à ceux des démences de type Alzheimer et qui sont notamment les démences préséniles de type Pick, les démences vasculaires, la dépression...

Nous avons vu qu'il existe de nombreuses formes de démences séniles et de désorientations spatio-temporelles. Toutefois, pour notre étude, nous ne nous intéresserons pas à l'étiologie de ces pathologies, puisque nous ne considérerons que les manifestations comportementales; or, celles-ci sont proches, quelles que soient les formes de démences et l'origine du syndrome.

C'est pourquoi nous avons choisi une définition très large de la personne âgée démente.

Nous considérerons donc comme étant une personne âgée dite démente, toute personne âgée présentant une détérioration intellectuelle avérée et/ou des troubles du comportement.

B - Objectifs

L'objet du travail est de savoir dans quelle mesure les maisons de retraite sont adaptées sur le plan architectural à la prise en charge des personnes présentant des troubles intellectuels et/ou du comportement.

Pour cela, nous nous baserons sur les données de la littérature spécialisée, de manière à définir les éléments d'une prise en charge adaptée pour ces personnes.

C - Éléments architecturaux pour une prise en charge des personnes âgées démentes en établissements

Nous nous sommes appuyés ici sur les prescriptions théoriques définies par les auteurs spécialisés, pour faire une description d'un établissement adapté architecturalement à la prise en charge des personnes démentes. En confrontant ces critères théoriques à la réalité du terrain (grâce aux résultats des questionnaires), nous pourrions analyser la validité des hypothèses posées au début de ce travail.

1 - Les besoins spécifiques de la personne âgée dépendante et/ou désorientée

Besoins liés à la dépendance psychique

Pour faire face aux troubles du comportement, les établissements doivent mettre en place des mesures de sécurité (portes à code, robinets à mélangeur thermostatique,...). De plus la déambulation doit être facilitée (suppression des seuils de marche,...), et l'aménagement d'un "jardin thérapeutique" fermé permet de conserver un contact avec la nature en toute sécurité.

La perte des repères dans l'espace peut être en partie palliée par l'utilisation des couleurs, des repères lumineux, etc... La perte des repères dans le temps peut être compensée par la disposition d'horloges, de calendriers, de grandes baies vitrées donnant sur l'extérieur,...

La stimulation doit en partie pallier à l'isolement social, par exemple par l'aménagement d'un lieu communautaire polyvalent; en outre sont prônés l'utilisation de stimuli visuels (plantes, couleurs,...), auditifs (carillons, musique,...) ou affectifs (objets personnels,...).

Besoins liés à la dépendance physique

Le dément sénile est avant tout une personne âgée, et doit bénéficier des aménagements permettant de pallier à un handicap physique qui apparaîtra au fil des années s'il n'est pas

présent lors de l'admission du patient. En outre, des troubles physiologiques sont souvent associés à la démence, compte tenu de l'attaque des différentes fonctions du cerveau.

Nous ne nous intéresserons toutefois pas à ces aménagements qui ne sont pas spécifiques aux personnes âgées, mais communs à la prise en charge de l'ensemble des handicaps. Néanmoins, il convient de les mentionner ici : en effet ils sont un élément permettant aux maisons de retraite d'accompagner les résidents en fin de vie, en évitant les transferts vers des unités hospitalières. Or cette possibilité pour les personnes âgées de ne pas être transférées en fin de vie, constitue une sécurité qui participe à leur bien-être psychique et donc à leur santé mentale.

2 - Préconisations architecturales : quelles adaptations marginales?

Les démences séniles de type Alzheimer provoquent des troubles comportementaux et cognitifs chez les malades qui en sont atteints. Un logement normal présente par conséquent de nombreuses imperfections, sources d'accidents et de chutes pour un malade qui subit une réduction croissante de ses capacités cognitives et motrices. Ainsi la symptomatologie du patient s'en trouve majorée.

Des changements dans le milieu physique incluent l'utilisation d'éléments prothétiques qui compensent les déficits présents dans la démence. Certains changements visent à améliorer la sécurité des bâtiments, des équipements et des outils. Des aides pour l'attention et la mémoire, tels que le codage par couleurs des chambres et des objets personnels, sont utilisées. L'environnement physique peut aussi être modifié pour réduire l'isolement et la privation sensorielle : une réorganisation du mobilier favorisant les interactions sociales ainsi que des mesures prises pour que les résidents utilisent différents espaces à différents moments de la journée sont des exemples de tels efforts. Les changements du milieu physique peuvent aller jusqu'à la conception originale d'un environnement de foyer ou de centre d'accueil intégré pour patients déments.

Une lumière adoucie

L'augmentation de la sensibilité à l'éblouissement et le ralentissement de l'adaptation aux

changements d'éclairage obligeront à éviter les trop grandes variations de lumière entre les espaces et à éliminer les fenêtres en fond de couloir, propices à l'éblouissement soudain.

Dans le même esprit, les sources d'éclairage indirect seront privilégiées. L'orientation des éclairages devra faire l'objet d'une étude spécifique au moment de la conception des locaux. Le développement des éclairages halogènes permet de moduler la puissance de la lumière en fonction des besoins des utilisateurs, et doit être préconisé ici. Ils permettent ainsi de respecter les manques des résidents sans gêner le personnel dans son travail. De même, la multiplication des sources d'éclairage permettra de rendre l'ambiance plus intime, rappelant par là, la chaleur du domicile dans le cadre de l'établissement.

Des espaces collectifs personnalisés et stimulants

La "perte d'image" causée par l'association de la perception de la diminution de ces capacités, l'arrêt de la vie active et l'entrée dans un établissement réduisent considérablement le sentiment d'estime de soi. L'objectif sera donc de donner à la personne âgée les moyens de retrouver cette confiance en l'engageant à participer et à réussir dans ses activités. Les espaces d'animation, d'activités de groupe, et les ateliers seront visibles de l'extérieur afin d'encourager la participation sans obligation. Ils seront situés de préférence à côté des espaces de repos. Le caractère attractif des espaces collectifs est traduit par la recherche d'une architecture s'adressant à tous les sens : vue, bruit, odeurs, textures, exempte de toute monotonie, au profit d'un environnement varié et stimulant, susceptible de raviver des souvenirs enfouis. La quête de la mémoire est toujours une préoccupation importante. Young²⁵ préconise de traiter les parties communes de façon à leur donner une allure familière. Certains projets envisagent de meubler les espaces communautaires avec les meubles des résidents, de restituer la personne âgée dans un contexte de repères familiers²⁶. Le rapport Benoît²⁷ souligne qu'il est toujours indispensable de privatiser un lieu (y compris lorsque les résidents se le partagent comme un chambre à plusieurs lits ou une salle à manger), notamment en laissant le choix du

²⁵YOUNG : "An experiment in long-stay care in hospital", Geriatric nursing and home care, janvier 1987, vol.7, n°1

²⁶GAUTIER, K., GRAVAUD, P. : "l'institution adaptée", Architecture du grand âge - variations architecturales sur la fin de vie, 1987, Le moniteur, Paris

²⁷BENOIT, R. : Le cadre de vie des personnes âgées en institution (Région Bourgogne), février 1986, Mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques

mobilier; nous connaissons en effet la fonction sécurisante des objets personnels²⁸. Rowles²⁹ rappelle que le “besoin d’un chez soi est un impératif fondamental” pour la santé mentale d’un individu.

Le changement de statut d’adulte autonome en personne dépendante est souvent accentué par l’entrée en établissement. De plus le vieillissement a souvent pour effet de restreindre l’éventail des possibilités de choix habituellement rencontrées chez l’adulte jeune. Par sa conception et son aménagement, l’établissement devra s’efforcer de créer une ambiance qui renforcera la notion de libre choix et les possibilités de décision. Le “mobilier de convivialité” sera par exemple léger et non fixé au sol, afin de pouvoir être déplacé en fonction des affinités de chacun. Les tables de salles à manger seront conçues à base d’éléments modulaires pour 2, 4, ou 6 personnes, afin de respecter le choix des groupes. Tous les services communs (téléphone, toilettes,...) seront conçus et signalés de façon optimale afin d’encourager leur utilisation sans aide extérieure.

Des repères favoriseront l’autonomie

Un choix judicieux des matériaux et des couleurs aura pour principe d’éviter les sources de confusion et de désorientation. Les miroirs ou les matériaux transparents seront évités dans les espaces communs ou de circulation (à l’inverse des espaces privatifs où ils sont des outils de travail sur la reconnaissance de l’image de soi, et peuvent d’ailleurs être ainsi utilisés dans le cadre des soins de nursing, au moment de la toilette par exemple). Les schémas de déplacement et de circulation seront conçus avec grande précision afin de tenir compte des périmètres d’autonomie et proposer des aires de repos rapprochées. La signalisation directrice sera réalisée avec des symboles simples, agrandis au maximum et donc faciles à lire. Des codes de couleurs seront définis pour chaque service et se retrouveront au niveau des planchers, des décors ou du mobilier afin de faciliter les repères de localisation et de renforcer la notion de domaine. En outre les couleurs dans la décoration des lieux de vie, exercent une influence importante parce qu’elles sont associées à des réactions sensibles (mémoire sensorielle), et parce qu’elles exercent une fonction

²⁸MEMIN, C. : Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution, 1986, Bayard, Paris

²⁹ROWLES, G. : “A place to call home”, in CARSTENSEN, L., EDELSTEIN, B. : Handbook of clinical gerontology, 1987, Pergamon, New York

utile dans l'état psychologique du résident. Il conviendra donc de tenir compte de leur perception par des personnes âgées, notamment de la teinte et de l'éclat. La perception des couleurs étant souvent réduite, il est souhaitable de leur donner plus d'éclat. Des recherches devraient parvenir à préciser le degré d'éclat nécessaire en fonction de la réduction de la perception visuelle. Les couleurs saturées attirent l'attention et donnent une impression de rapprochement. Elles sont utiles pour des signalisations diverses que les patients doivent pouvoir suivre et donc mémoriser. Les couleurs non saturées donnent une impression d'éloignement : elles sont préconisées pour la décoration de pièces de petite superficie par rapport au nombre de personnes. Des normes de coloration ont été adoptées dans divers pays. Elles sont fondées sur les effets sédatifs ou stimulants des différentes parties du spectre chromatique et sur l'étude de la fatigue visuelle dans ses rapports avec les couleurs.

Des couloirs de déambulation à proximité de la salle d'animation doivent permettre aux résidents de marcher sans difficulté avec des signes dissuasifs indiquant les limites des parcours, tels que le dessin de barres noires qui empêchent la plupart des patients de fuguer, d'autant plus que ces repères représenteront une signalétique facile à suivre pour la plupart d'entre eux. Ces couloirs de déambulation pourront, si cela est possible, déboucher sur un jardin thérapeutique où des itinéraires et des aménagements particuliers extérieurs favoriseront les exercices physiques et la déambulation.

L'aménagement d'un jardin thérapeutique

Doté d'une structure et d'une composition architecturale appropriée, un jardin thérapeutique accomplit pour les personnes désorientées, une fonction particulièrement utile en leur offrant des parcours adaptés à leurs besoins.

Des repères alternés (arbres, arbustes, fleurs, ornements, bancs,...) permettent d'éviter les risques de désorientation et les désarrois qui en résultent, tout en apportant calme et quiétude. Ces repères naturels sont complétés par des panneaux familiers, identiques à ceux qui sont utilisés à l'intérieur de l'établissement, dans un but de continuité entre l'intérieur et l'extérieur. Des allées et des cheminements permettent de marcher ou de déambuler suivant des tracés choisis, en disposant de zones d'ombre ou d'ensoleillement

en fonction des saisons et de la courbe du soleil. L'alternance de lignes droites et de courbes incite le résident à s'engager sur les chemins, et le ramène vers le point de départ.

Des éléments végétaux sont disposés dans l'espace du jardin, de manière à reconstituer un paysage familier. La composition du jardin doit donc rappeler la campagne environnante, avec ses arbres, ses reliefs,... Pour des personnes âgées qui subissent une détérioration psychique, les paysages de l'enfance qui restent mémorisés, constituent un point d'ancrage et de stabilité. En les rappelant, le jardin contribue à reconstituer une part de leur identité, à établir une relation sensible dans le temps et dans l'espace entre le sujet et le paysage familier qu'il regarde ou qu'il parcourt. Les plantes seront sélectionnées en fonction de leur moindre toxicité ; de plus, il faut au moment de la conception du jardin, envisager la possibilité pour les personnes démentes de porter de la terre ou du sable à la bouche : des précautions (grillages,...) doivent donc être prises.

D - Guide d'entretien

Pour démontrer nos deux hypothèses, deux séries d'entretiens ont été réalisées. Les guides d'entretien figurent en annexe.

Le premier guide vise à montrer en quoi les établissements sont ou non adaptés architecturalement à la prise en charge des personnes âgées démentes.

Il comporte quatre séries de questions portant respectivement sur les aspects généraux de l'établissement d'accueil, sur les repères spatiaux, sur les repères temporels et sur l'organisation spatiale. Il vise à évaluer les efforts réalisés par l'établissement pour adapter son architecture aux personnes désorientées.

Le second guide d'entretien concerne les attitudes des résidents déments ou présentant des problèmes comportementaux. Il s'agit de savoir si les aménagements architecturaux réalisés leur permettent de gagner en autonomie. Pour cela, trois thèmes ont été retenus : la déambulation et l'orientation spatiale, l'orientation dans le temps, et enfin l'intégration des personnes démentes parmi les personnes lucides.

E - Constitution de l'échantillon

Le département de Seine-Saint-Denis comprend huit maisons de retraite publiques, dont trois maisons de retraite hospitalières, réparties sur neuf communes.

Le recueil d'informations porte sur l'ensemble de ces établissements : il s'agissait d'obtenir un panorama exhaustif dans le champ défini pour l'étude. Toutes les personnes sollicitées ont accepté de répondre aux questions, ou de nous orienter vers des personnes plus aptes à apporter des réponses précises.

F - Entretiens

Un premier contact a été pris auprès des directeurs des structures afin de présenter l'objet de l'étude et de fixer un rendez-vous téléphonique. Dans deux cas, les directeurs contactés ont préféré nous orienter vers un cadre infirmier. Chaque entretien débutait par l'énoncé de la définition de la personnes âgée démente que nous avons retenue. Ces entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions et ont duré en moyenne trente minutes.

A l'issue de ceux-ci, nous avons sollicité l'autorisation de réaliser un second entretien auprès du personnel soignant, à partir du second questionnaire. Nous avons été orientés dans cinq cas vers les surveillantes, et dans trois cas vers les infirmières générales qui nous ont ensuite permis de contacter les surveillantes. Cette seconde série d'entretiens s'est déroulée sur rendez-vous téléphoniques. Trois surveillantes ont souhaité recevoir le questionnaire à l'avance pour préparer les réponses avec les agents des services. Ces huit entretiens se sont déroulés sans problèmes; la discussion s'est souvent éloignée des questionnaires pour aborder des thèmes plus généraux, notamment en ce qui concerne les moyens matériels des agents pour faire face à l'augmentation des personnes désorientées au sein des services. Globalement ces discussions ont été riches et ont duré environ une heure.

Chapitre II - Résultats

Les résultats des entretiens sont présentés de manière synthétique sous forme de tableaux .

A - Premier questionnaire

Aspects généraux

	OUI	NON
Question n°4 : admission de personnes démentes ou désorientées	8	0
Question n°6 : transferts en cas d'aggravation des troubles	2	6
Question n°7 : projet de restructuration architecturale	4	4
Question n°8 : unité d'accueil spécifique pour personnes démentes prévue dans ce projet	3	1
Question n°9 : consultation de spécialistes pour la conception de ce projet	3	1

Organisation spatiale

	OUI	NON
Question n°12 : signalétique des lieux	3	5
Question n°13 : différenciation des espaces	3	5
Question n°14 : repérage clair des chambres (personnalisation)	3	5

Repères temporels

	OUI	NON
Question n°15 : présence de calendriers et d'horloges	8	0
Question n°16 : marquage des saisons	7	1

Organisation spatiale

	OUI	NON
Question n°17 : unité d'hébergement spécifique pour personnes démentes	2	6
Question n°18 : possibilité de déambulation libre	8	0
Question n°19 : dispositif limitant les fugues	8	0
Question n°20 : jardin thérapeutique	0	8

B – Deuxième questionnaire

Déambulation

	OUI	NON
Question n°21 : phénomènes d'errance fréquents	8	0
Question n°22 : phénomènes d'égarement fréquents	7	1
Question n°23 : erreurs fréquentes dans la reconnaissance des chambres	5	3

Orientation dans le temps

	OUI	NON
Question n°24 : conscience des résidents des rythmes quotidiens et des saisons	5	3
Question n°25 : troubles du sommeil et agitation nocturne	6	2

Intégration ou ségrégation

	OUI	NON
Question n°26 : plaintes des résidents lucides sur la présence des personnes démentes	6	2
Question n°27 a : conséquences positives de la mixité sur l'état des personnes démentes	6	2
Question n°27 b : conséquences positives de la mixité sur l'état des personnes lucides	0	8

Chapitre III - Analyse des résultats

Nous allons désormais présenter les résultats issus des questionnaires et en tirer des enseignements utiles quant à la vérification de nos hypothèses.

A - Résultats

1 - Les aspects généraux

Cette partie du questionnaire a pour objectif de situer les maisons de retraite les unes par rapport aux autres.

La capacité des établissements de l'échantillon est relativement homogène puisque cinq d'entre eux comptent 80 lits, et deux seulement comptent plus de 200 lits. Toutes ces structures comportent une section de cure médicale. Cet état de fait reflète bien la situation du département qui privilégie le maintien à domicile par rapport à l'institutionnalisation ; le GIR Moyen Pondéré de ces établissements est donc élevé pour les huit établissements, avec une moyenne supérieure à 700.

Tous ces établissements ont une liste d'attente ; toutefois, des problèmes d'admission se posent. En effet lorsque les candidats sont contactés pour une visite d'admission, ceux-ci ont déjà souvent trouvé une autre solution et retirent leur candidature. Les prix de journée varient de 372 à 420 francs : cette faible dispersion reflète l'homogénéité des structures étudiées.

Les huit établissements accueillent des personnes âgées démentes. Cette situation est très satisfaisante puisqu'elle permet de répondre à une demande réelle faite au service public. Toutefois elle ne permet pas de préjuger de la qualité de l'accueil de ces personnes dans les

structures. Les maisons de retraite autonome accompagnent leurs résidents, même en cas d'aggravation de leur symptômes pathologiques. Deux établissements transfèrent les résidents dont les troubles cognitifs ou comportementaux s'aggravent : il s'agit de maisons de retraite hospitalières, et le transfert est un changement de service. Celui-ci pose un problème en matière d'accompagnement de fin de vie : en effet le changement de service est un traumatisme qui s'ajoute aux difficultés psychiques déjà présentes chez la personne âgée désorientée, et il peut s'avérer aussi difficile à vivre qu'un changement d'établissement. Il convient d'ajouter que quatre établissements n'accueillent pas de résidents déments qui présenteraient des comportements violents à l'égard des autres résidents.

En ce qui concerne le nombre de résidents déments présents dans l'institution, les réponses fluctuent beaucoup. Le pourcentage varie de 40 à 85%. La moyenne sur l'ensemble des établissements enquêtés s'élève à 66%. Ces chiffres appellent deux commentaires. D'une part, l'évaluation du nombre de résidents déments par les responsables de structures s'avère difficile. Il se peut que les directeurs ne soient pas les mieux placés pour répondre à cette question et qu'un médecin aurait été plus précis. Cette difficulté à évaluer précisément le nombre de résidents déments est révélatrice, à notre avis, de la complexité de la notion de démence. En outre, les directeurs s'intéressent sans doute moins à la démence en tant que pathologie qu'à ses conséquences et aux comportements perturbateurs qu'elle peut entraîner au sein de l'institution. D'autre part, le pourcentage moyen sur l'échantillon est nettement supérieur à celui (23%) fourni par l'enquête de l'ORSIF³⁰. Le nombre de résidents déments et/ou apparentés a donc fortement augmenté depuis 1995 (date de l'enquête), ou bien, leur proportion a été surestimée par nos interlocuteurs lors des entretiens.

2 - L'orientation spatiale

L'orientation dans l'espace ne semble pas être une priorité dans les établissements interrogés. A la question 12, sur la signalétique des espaces, six d'entre eux indiquent ne pas avoir mis en place d'indication claire et adaptée des différents lieux de l'institution. De

³⁰ Observatoire régional de la santé en Île-de-France (ORSIF) : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Île-de-France, septembre 1995

plus, la majorité de ces structures (six sur huit) ne disposent pas d'unité d'accueil spécifique pour personnes démentes (question 17). Il se pose alors la question de l'orientation et donc du déplacement de ces résidents à l'intérieur de l'institution. En effet, les risques de se perdre et la difficulté à déterminer le lieu où elles veulent se rendre, constituent un frein au déplacement de ces personnes, et donc à leur autonomie. Cette difficulté peut par ailleurs se présenter également aux résidents non déments, au moins à leur arrivée dans l'institution : elle constitue donc un risque de découragement à un moment où ces personnes doivent utiliser toutes leurs ressources pour s'adapter à leur nouveau cadre de vie. Cette limite au déplacement est confirmée dans deux établissements qui, ayant répondu par la négative à la question 12, le justifient par le fait que les personnes âgées démentes sont accompagnées dans tous leurs déplacements. Cela pose tout de même la question de la liberté d'aller et venir dans l'institution.

La différenciation des lieux qui contribue à l'orientation dans l'espace, est pratiquée par trois des huit établissements. Cependant quand elle existe, elle ne se fait pas selon la fonction des lieux (repas, détente,...), mais plutôt en variant les peintures à chaque étage. Le repérage des chambres n'est pas réalisé dans cinq établissements. Elles comportent toujours un numéro, mais des signes plus clairs et plus visibles comme des pictogrammes, des photos ou le nom du résident, ne sont pas accolés sur la porte. Dans les cinq établissements où ce repérage est mis en œuvre, le degré de repérabilité est très variable : ici encore, la personnalisation de la porte (couleur, image,...) n'est pas courante alors que cela semble être le moyen le plus pratique pour favoriser le repérage.

3 - Repères temporels

L'orientation dans le temps est beaucoup plus développée que dans l'espace. Des repères temporels sont présents dans l'ensemble des structures : il s'agit essentiellement de grandes horloges et de calendriers. En outre de nombreux établissements inscrivent quotidiennement sur un tableau l'éphéméride du jour.

De plus, le marquage des saisons est réalisé dans sept établissements, essentiellement par le renouvellement des plantations dans les jardins. Cette situation est d'autant plus

satisfaisante qu'aucune des personnes interrogées n'a répondu positivement à la question 20 sur l'existence d'un jardin thérapeutique. Il y a donc une volonté de stimuler les résidents et de leur offrir un cadre de vie agréable et familial, même si la démarche n'est pas formalisée expressément dans le cadre théorique du jardin thérapeutique.

Ce développement important des repères temporels par rapport aux repères spatiaux peut sans doute s'expliquer par son faible coût relatif ; en effet il ne nécessite ni travaux, ni investissement immobilier, à la différence de l'orientation dans l'espace qui implique souvent des travaux, de peinture notamment.

4 - Organisation spatiale

Les personnes démentes sont mélangées à l'ensemble des résidents dans six établissements. Le débat entre intégration et ségrégation semble donc en apparence tranché sur le terrain. Toutefois cette organisation des structures est d'après les personnes interrogées, plus le fait de leur histoire et de l'aménagement tel qu'il a été réalisé lors des dernières opérations de travaux ou de construction, que le fruit d'une réflexion s'inscrivant dans le cadre du projet d'établissement. Ainsi les unités d'accueil spécifique de type Cantou sont tout de même appelées à se développer : sur les quatre établissements préparant un projet de restructuration architecturale, trois ont prévu de créer un unité d'accueil spécialisé. Le quatrième établissement n'a pas programmé un tel aménagement faute de place et compte tenu de l'organisation architecturale existante, et non par choix. Par ailleurs certains organismes financeurs comme la CNAVTS dans le cadre de sa politique d'action sociale, conditionnent l'octroi de subventions de construction à la création de Cantous. Trois des quatre établissements concernés ont consulté des spécialistes d'aménagement architectural (architectes, ergothérapeutes, etc...) et se sont vus conseiller la création de ces unités spécialisées.

Apparemment, les possibilités de déambulation existent puisque les huit établissements déclarent offrir des possibilités de déambulation libre et sans entrave. Ce taux de réponses positives est à nuancer. En effet, aucun établissement ne possède un système pensé pour la déambulation. Il s'agit plutôt d'aménagements, en sécurisant des espaces intérieurs ou un jardin. De plus, dans deux cas, le dispositif de déambulation se résume à

l'accompagnement des personnes âgées démentes dans leurs déplacements. Or celui-ci n'est pas disponible 24h/24 et par conséquent, la possibilité de déambulation demeure relativement limitée dans ces deux structures. De plus, ce type d'organisation accroît de manière importante la charge de travail qui pèse sur le personnel dans les services.

L'aspect sécurité est abordé dans la question n°19 qui porte sur l'existence d'un dispositif anti-fugues. Les huit établissements possèdent au moins un système, voire même parfois plusieurs. Cette situation soulève quelques interrogations. Ainsi, pour les systèmes de gâche électrique et de portes fermées à clés, il n'y a pas de possibilité de libre circulation pour les résidents non déments. A moins de posséder une clé, il leur faut demander la permission de sortir. Un établissement possède un système de clés électroniques dont peuvent disposer les résidents qui en font la demande. Les établissements qui ont mis en place un système de surveillance par le personnel de l'accueil ne rencontrent pas ce type de problèmes ; toutefois, cette organisation semble peu fiable. Un dispositif anti-fugues doit concilier la sécurité pour la population âgée démente accueillie, avec la liberté des autres résidents, à partir du moment où il n'existe pas d'unité spécifique pour personnes démentes. Or si le dispositif anti-fugues existe dans l'ensemble des structures, il ne semble pas réunir les deux qualités ci-dessus énoncées.

Aucun des établissements de l'échantillon ne dispose d'un jardin thérapeutique. Toutefois ce résultat est à nuancer. D'une part les huit structures possèdent un jardin dans lequel les résidents peuvent se rendre ; celui-ci n'est toutefois pas toujours clos, et les risques d'égarement ou de fugues sont réels. D'autre part les plantations dans ces jardins varient au fil des saisons (question n°16) ; ainsi, les établissements utilisent certaines règles du jardin thérapeutique sans formaliser ces choix. Enfin, la théorisation du jardin thérapeutique par P. VELLAS (1995) est récente et les personnes interrogées ne connaissaient pas encore cette possibilité d'aménagement lors de nos rencontres; de plus, quatre établissements étaient encore en phase de rédaction du projet institutionnel au moment des entretiens, et étaient donc susceptibles d'ajouter la création d'un jardin thérapeutique.

Si au niveau intellectuel, l'importance d'un cadre de vie adapté aux personnes âgées démentes est reconnu, sa transposition sur le terrain n'est pas encore acquise. De gros efforts restent encore à fournir pour faciliter l'orientation dans l'espace, pour concilier

liberté de déambulation et sécurité, et enfin pour que les personnes âgées démentes soient reconnues comme des sujets à part entière par rapport à l'appropriation de leur espace privé.

5 – Evolution de l'état des résidents

Il s'agit de la présentation des résultats du questionnaire n°2.

Dans l'ensemble des structures, les phénomènes d'errance signalés par le personnel sont fréquents. Ce résultat était prévisible dans la mesure où l'errance est une manifestation commune des pathologies de type Alzheimer. En outre, l'aménagement architectural ne vise pas à prévenir l'errance mais à l'organiser. Elle est en effet bénéfique aux patients car elle permet le maintien d'une activité physique et permet de mieux réguler les facteurs biologiques comme les rythmes des cycles de sommeil, etc...

En revanche, les phénomènes d'égarement semblent fréquents : ce résultat déclaré pose un problème dans la mesure où les aménagements architecturaux visant à l'orientation dans l'espace demeurent marginaux dans l'ensemble des structures. Les égarements se manifestent notamment par un mauvais repérage des chambres (question n°19). Or cette situation est d'autant plus problématique qu'en établissements mixtes, la cohabitation des résidents lucides avec les déments est déjà difficile. Les erreurs dans le repérage des chambres risquent de multiplier les situations de conflits déjà latentes.

L'orientation dans le temps semble globalement mieux réalisée. Les résidents ont conscience des rythmes quotidiens notamment grâce à une certaine ritualisation (toilettes, repas notamment). De même, les saisons sont ressenties d'une part grâce aux variations climatiques et aux changements d'activités qu'elles entraînent, et d'autre part grâce aux fêtes traditionnelles (Noël, Pâques). Toutefois ces résultats satisfaisants semblent moins dûs aux artifices « prothétiques » utilisés (horloges, calendriers,...) qu'au rythme naturel imposé par l'extérieur à l'institution. Des manifestations d'agitation nocturne sont courantes : elles sont des troubles habituels chez les patients souffrant du type de pathologies étudiées, et marquent l'absence d'abus dans l'utilisation des médicaments somnifères. De plus elles montrent les limites de toute action de réorientation vers la réalité

de patients déments : en effet, ceux-ci ne répondent pas de manière adaptée aux divers facteurs environnementaux qui indiquent qu'il fait nuit. Quels que soient les éléments prothétiques architecturaux utilisés, il faut s'interroger sur la capacité des patients déments à y réagir de manière adaptée.

Le dernier thème abordé dans le questionnaire est celui de la mixité des résidents déments ou non au sein des mêmes services. Elle est la règle dans la majorité des institutions faute de structure séparée adaptée à la prise en charge des déments (question n°17). Elle semble toutefois mal vécue par les résidents lucides qui manifestent des plaintes au sujet de la cohabitation. En outre la mixité semble défavorable à l'évolution de l'état des personnes lucides.

B - Analyse des résultats

En premier lieu les résultats des entretiens mettent en évidence une relative homogénéité des structures de l'échantillon. De tailles proches et de statut juridique identique, elles ont des cultures et des moyens comparables.

Il ressort des résultats des questionnaires que les maisons de retraite publiques de Seine-Saint-Denis ne sont pas adaptées architecturalement pour offrir une prise en charge de qualité aux personnes âgées démentes, si l'on se fonde sur les critères présentés par les articles théoriques.

Le cadre de vie ne semble pas satisfaisant car il ne concilie pas les deux principaux paramètres du déplacement, la liberté et la sécurité. Par ailleurs l'orientation dans l'espace qui est un critère important de l'adaptation de l'architecture à la prise en charge des personnes démentes, n'est réalisée qu'à la marge. Si l'orientation dans le temps semble satisfaisante au regard des prescriptions théoriques, l'orientation dans l'espace et les aménagements des locaux relèvent globalement plus d'adaptations empiriques que de réels projets d'envergure.

Dans ces conditions, il semble que l'état des personnes démentes reste lourd à gérer.

Toutefois, l'étude ne permet pas de conclure que ces aménagements marginaux sont inutiles : leur absence augmenterait peut-être les manifestations pathologiques chez les résidents ; d'autre part, les aménagements architecturaux « lourds » de type Cantous, ne semblent pas agir nettement de manière favorable sur l'état des résidents. Les aménagements réalisés aujourd'hui de manière globalement marginale dans les structures étudiées, semblent donc être un compromis entre l'abstention et le risque pour le résident, et l'excès d'aménagement qui ne prendrait pas en compte des contraintes financières importantes. En outre les prescriptions théoriques en matière d'orientation dans le temps semblent suivies par les établissements, mais n'empêchent pas les manifestations pathologiques chez les résidents perturbés. Enfin, quatre des établissements de l'échantillon comportent un projet architectural d'envergure d'adaptation aux personnes âgées, dont trois prévoient la création d'une structure autonome d'accueil : il serait donc intéressant de revisiter ces établissements après la mise en place de ces structures pour évaluer leur influence sur l'évolution de l'état des résidents.

Ces conclusions tirées de l'analyse des réponses des questionnaires sont relatives : elles ne valent que si l'on a conscience des limites de la méthode de l'étude.

C - Limites de l'étude

La formulation de certaines questions peut être source d'ambiguïté. Ainsi la question n°18 contient plusieurs qualificatifs de la déambulation, ce qui alourdit la compréhension.

La longueur du questionnaire peut également constituer un obstacle à la qualité des réponses. En effet, nous avons eu le sentiment que les directeurs orientaient plus leurs réponses vers la prise en charge des personnes âgées en général que spécifiquement des personnes âgées âgées dementées. Toutefois, la taille du questionnaire était nécessaire compte tenu de l'ampleur du thème étudié. Une limite importante de l'étude vient du fait que nous avons orienté l'enquête en sollicitant le seul point de vue des professionnels, en restreignant ces derniers aux cadres (directeurs et cadres infirmiers). Toutefois ceux-ci nous paraissaient les plus à même pour répondre aux questions posées.

En outre les éléments retenus pour construire le questionnaire correspondent à ceux qui

sont les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sur le sujet. Toutefois, les critères d'une prise en charge de qualité des personnes âgées démentes demeurent de l'ordre de la recherche et du débat.

Par ailleurs la méthode retenue a consisté en des entretiens téléphoniques. Par conséquent, aucune visite *in situ* n' a pu être effectuée. Les résultats de l'enquête reposent donc sur les déclarations des directeurs, ce qui pose le problème de la fiabilité des réponses.

Enfin la taille de l'échantillon ne permet pas une extrapolation des résultats sur une plus grande échelle. Cette étude s'inscrit dans un contexte local particulier.

Malgré toutes ces imperfections, cette étude permet d'avoir une image des pratiques de prise en charge. Elle permet non seulement d'établir un constat de carence de l'architecture des établissements aux personnes âgées démentes, mais surtout de montrer que des efforts sont réalisés, et surtout de cibler les points sur lesquels les améliorations doivent porter. Cette étude constitue donc une base importante de réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées démentes par les maisons de retraite. Il conviendrait de la poursuivre en interrogeant d'autres professionnels ainsi que les familles voire les résidents eux-mêmes dans la mesure du possible, afin d'avoir un point de vue exhaustif sur cette question.

Il est difficile de juger de l'influence des aménagements divers des lieux de vie sur l'état pathologique des résidents. En effet tous les établissements de l'étude s'efforcent de s'adapter architecturalement à la prise en charge des personnes démentes, et on ne peut préjuger de ce qu'aurait été l'évolution de leur état dans une structure a priori non adaptée. On peut pour le moins présumer que les aménagements marginaux réalisés dans ces structures n'aggravent pas l'état des personnes démentes.

Par conséquent les établissements n'ont pas une architecture correspondant aux critères théoriques retenus par la littérature de l'adaptation des établissements à la prise en charge des personnes âgées démentes. L'adaptation se fait à la marge. L'utilisation prothétique de l'architecture pour les personnes âgées démentes est marginale, et semble avoir peu d'effets sur l'état des résidents.

Partie III - LE ROLE DU DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT DANS UN PROJET DE RESTRUCTURATION ARCHITECTURALE - L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT-OUEN

Chapitre I - Le rôle du directeur de maison de retraite dans la conduite d'un projet d'adaptation architecturale aux démences séniles

A - L'inadaptation actuelle des établissements

Alors que l'humanisation des hospices n'est pas encore achevée, il est certain que de nombreux responsables de maisons de retraite vont se retrouver confrontés à l'inadaptation de structures conçues il y a plusieurs décennies. Dans une enquête nationale lancée en 1995 auprès des établissements associatifs, l'Uniopss a pu ainsi estimer à 20% des lits les besoins d'adaptation de ses établissements. Sur la base d'une enquête réalisée auprès de 2800 établissements, tous secteurs confondus, la centrale d'achat AMi2-HA a en effet compté 473 projets de rénovations et 272 projets d'extensions déjà arrêtés, soit plus de 35% du parc étudié.

Si les plans d'humanisation ont permis, dans le courant des années 80, de mettre un terme à des situations extrêmes, un constat global de vétusté des institutions s'impose encore aujourd'hui. Certaines opérations ont été menées dans des conditions minimales. Des programmes ont, par exemple, consisté uniquement à transformer des dortoirs en boxes. L'implantation de sanitaires individuels n'a souvent pas été considérée comme un impératif. La taille des chambres est également un élément majeur d'inadéquation des structures. La règle a été celle de 9m² pour une chambre individuelle. Les circulations, les entrées des chambres ont rarement été conçues pour le passage d'un fauteuil roulant. Les zones de vie semi-collectives ont le plus souvent été réduites. Les unités industrialisées et de nombreuses opérations d'humanisation ont été conçues sur le mode hospitalier, avec de nombreuses chambres à plusieurs lits. L'exemple des chambres à 3 lits réunies par un

sanitaire commun à double entrée dans les unités V illustre bien cette situation.

Pour rattraper le retard français dans le domaine de l'hébergement pour personnes désorientées, une impulsion nationale sera sans doute nécessaire, visant notamment à développer les modes d'hébergement alternatifs. Mobilisant des crédits d'Etat, un programme national pourrait associer le Fonds d'Action Sociale de la Branche Vieillesse et les collectivités locales concernées. Toutefois, ces programmes de rénovation doivent s'inscrire dans un dispositif normatif et financier qui contraint largement les marges de manœuvre des décideurs.

B - Le cadre juridique et financier assez imprécis

1 - L'impact financier relativement lourd sur le prix de journée

Poids financier des restructurations

Il y a un rapport direct entre les mètres carrés et le coût d'objectif d'un établissement. Si les recommandations pour le neuf sont mises en application, il y aura une augmentation des coûts de 10% à 20%.

Pour les rénovations, il faudra soit sacrifier un certain nombre de lits, soit s'engager dans un plan d'extension du bâti pour conserver la même capacité d'accueil.

La question est de savoir si les pouvoirs publics et les responsables des dotations sont prêts à accepter les retombées de ces nouvelles directives, tant en construction neuve qu'en rénovation, c'est-à-dire une répercussion sur le calcul des prix de journée. Il y a un risque que les pouvoirs publics renoncent à certaines ambitions initiales lors de la signature des conventions tripartites, afin de limiter les demandes de subventions. Tout projet de transformation lourde doit recevoir l'avis du Cross (Comité régional d'organisation sanitaire et sociale) et être soumis à l'autorisation du Préfet et du Conseil Général (concernant plus de 15 lits). L'attitude de ces différentes instances sera alors déterminante, la création d'un lit supplémentaire étant évaluée à environ 250 000 francs.

Le plan de financement

Le plan de financement type d'une opération d'humanisation des hospices ou de modernisation d'une maison de retraite fait appel à :

- des subventions de l'Etat ou du département;
- des prêts ou subventions d'organismes sociaux (caisses de retraite);
- des apports sur fonds propres et des emprunts bancaires. S'agissant des collectivités locales, une participation peut également être envisagée pour la prise en charge des annuités de remboursement d'emprunt (capital, intérêts).

Les organismes régionaux de la branche retraite reçoivent en outre, chaque année, une enveloppe limitative d'autorisations de programmes. Cette dotation est, en priorité, utilisée pour les actions d'humanisation des hospices et des maisons de retraite inscrites dans les contrats de plan conclus entre l'Etat et les régions. Les caisses participent à hauteur de 30% au coût des travaux, soit 14% pour l'assurance maladie et 16% pour l'assurance vieillesse. Ces aides ne peuvent être versées qu'à des établissements publics, des collectivités locales, des institutions ou des associations sans but lucratif. Des aides exceptionnelles sont ainsi accordées, sous forme de subventions fractionnées sur deux exercices, pour le démarrage de petites unités de vie.

Les modalités des aides sont très variables, allant de l'aide initiale (aides à l'investissement, aides au démarrage des structures avec une participation au fonctionnement limitée dans le temps) à la mise en oeuvre d'une contribution pérenne au fonctionnement, du type des prestations de la CNAF pour l'accueil de la petite enfance.

2 - L'introuvable norme

Un cadre juridique longtemps demeuré flou

Jusqu'à présent, aucun décret, ni aucune disposition impérative ne venait préciser les normes architecturales des établissements accueillant des personnes âgées. La loi de 1975 avait bien prévu dans son article 4 de fixer des normes minimales d'équipement et de

fonctionnement par décrets. Mais ceux-ci ne sont jamais sortis. Quelques recommandations ont été faites par circulaires, dont l'application reste très inégale car n'ayant aucune valeur obligatoire. Seul le décret du 1er décembre 1964 et les précisions apportées par son annexe 65-38 bis, auraient pu constituer un fil de normalisation. Ce document a en effet été diffusé au *Journal officiel* pendant plus de 20 ans sous le titre Normes applicables aux maisons de retraite, avant d'être retiré de la diffusion au motif que les normes ne concernaient que les établissements pour personnes valides.

En réalité, les acteurs sociaux ont dû par eux-mêmes attribuer une force obligatoire à des textes présentant leurs dispositions constructives comme de simples "facultés". C'est le cas des circulaires du 13 février 1986 (circulaire MAPAD 86-16) et du 7 mars 1986 (action alternative à l'hospitalisation des personnes âgées), qui font référence à la "possibilité" de respecter certaines des recommandations architecturales qu'elles contiennent. Ces circulaires posent les concepteurs comme "libres (...) d'organiser l'espace en fonction des besoins prioritaires des personnes âgées." Des suggestions sont faites, notamment sur la création de chambres d'hôtes, sur l'importance de la vie communautaire et des rencontres, et sur l'introduction d'unités de vie de type Cantou pour les personnes désorientées. La présence d'un jardin clos est conseillée. Enfin, il est très clairement suggéré de choisir une implantation urbaine.

La Cnav a elle aussi fortement contribué à ce mouvement de normalisation. Sa circulaire du 24 juillet 1997 notamment, avait pour objectif d'harmoniser les "normes" Mapa/Mapad en portant à 20m² minimum la surface des chambres et en conditionnant l'obtention des crédits pour la construction ou la rénovation à l'existence d'un projet de vie et à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

Des normes nouvelles

Les nouvelles recommandations architecturales accompagnant la réforme de la tarification représentent alors un profond changement. Insérées dans un ensemble d'autres recommandations qualitatives liées au conventionnement de l'établissement, chiffrées et publiées au *Journal officiel*, elles auront désormais clairement valeur de référence. C'est

l'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999³¹ en vertu duquel "il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche " d'assurance qualité " garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et d'hébergement".

Cette démarche passe notamment par la qualité de l'habitat et la qualité des espaces. Ils doivent être conçus et adaptés pour contribuer à lutter contre la perte d'autonomie des résidents et favoriser le mieux possible leur sociabilité. Dans le cahier des charges, il est notamment préconisé de veiller à une signalétique claire et adaptée aux résidents. Le projet architectural doit en outre favoriser les modes d'accueil à la fois diversifiés et individualisés, en cohérence avec les objectifs fixés par le projet d'établissement.

Les exigences de qualité induisent la définition de recommandations minimales, notamment en ce qui concerne l'espace privé de la personne âgée résidant en établissement. De telles prescriptions n'induisent pas nécessairement une augmentation de la surface globale de l'établissement car il peut y être répondu par une meilleure adéquation et répartition des espaces privés et collectifs. Il convient toutefois de distinguer les constructions récentes ou ayant bénéficié d'une importantes rénovation, de celles qui n'ont fait l'objet d'aucune modernisation et qui présentent des carences notables en matière de sécurité, de fonctionnement et de qualité d'usage, tant au sein des espaces privés que pour les espaces collectifs.

Les espaces privés sont considérés comme la transposition du domicile du résident en établissement. Il doit pouvoir être personnalisé et permettre aux résidents qui le souhaitent d'y apporter du mobilier personnel. Les résidents disposent ainsi d'un lieu privé qu'ils peuvent pleinement s'approprier et organiser comme ils l'entendent. Il doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes : pour cela, il requiert une surface suffisante permettant de moduler l'organisation de cette surface en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution, évitant ainsi des transferts géographiques pouvant induire une perte des repères du résident.

³¹Cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 modifiée du 30 juin 1975

La suppression des chambres de deux résidents et plus doit être un objectif. Dans tous les cas, les chambres à 2 lits ne doivent pas dépasser une proportion de 5 à 10% de la capacité globale de l'établissement. La conception de l'espace privatif doit s'apparenter à celle d'un logement afin de conforter l'identité et la sociabilité du résident. Le cabinet de toilettes doit être individuel et des surfaces minimales sont préconisées : 16 à 20 mètres carrés lorsqu'il s'agit d'une chambre à 1 lit.

Les espaces collectifs concourent à maintenir des liens sociaux et permettent à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement. Le traitement de ces espaces doit favoriser la convivialité. Leur implantation doit concourir à améliorer le confort, la qualité de vie des résidents et éviter leur isolement. Les espaces de vie collective correspondent notamment aux lieux de restauration, de repos et de rencontres, d'activités et d'animation. Il est souhaitable qu'il existe plusieurs espaces de restauration collective et que la taille, le nombre et la vocation des espaces de vie collective varient en fonction du projet de vie.

Les espaces de circulation, qu'ils soient horizontaux (hall, couloirs,...) ou verticaux (escaliers, ascenseurs), doivent garantir une bonne accessibilité à l'ensemble des divers lieux, intérieurs comme extérieurs, destinés aux résidents. Les espaces de circulation doivent être dimensionnés en tenant compte des difficultés de déplacement des résidents. L'utilisation des itinéraires de circulation par les résidents comme lieux de déambulation, voire de promenades, exigent une attention particulière. Ils doivent par ailleurs bénéficier le plus possible d'un éclairage de lumière naturelle, et la circulation des fauteuils roulants et des chariots doit y être possible.

En dépit du progrès que constitue ce texte en matière de recommandations architecturales, ses dispositions demeurent très imprécises et laissent aux maîtres d'œuvre des projets architecturaux de larges marges de manœuvre. Il leur appartient de savoir s'entourer des professionnels compétents pour concevoir les locaux les plus adaptés possibles aux populations accueillies. La réalisation architecturale doit tenir compte à la fois des locaux existants s'il s'agit d'une rénovation, et du projet de vie de l'établissement. En outre, les dispositions des textes doivent être adaptées ; ainsi il préconise des normes de surface minimale pour les chambres des résidents. Or ceux-ci sont de plus en plus désorientés, et

on sait aujourd'hui que les personnes âgées démentes ne restent pas dans leur chambre et n'accordent pas d'importance à leur intimité.

3 - La difficile conciliation des contraintes financières et légales

Les recommandations minimales de la réforme sont tempérées par une petite phrase qui prend toute son importance : “de telles prescriptions n'induisent pas nécessairement une augmentation de la surface globale de l'établissement car il peut y être répondu par une meilleure adéquation et répartition des espaces privés et collectifs”. Dans le cas fréquent d'une conception architecturale vétuste, dans laquelle les couloirs prennent par exemple sur la surface des chambres, un architecte peut en effet rééquilibrer le projet en travaillant globalement sur l'espace. Cette réorganisation se fait généralement en regroupant au centre de l'établissement les lieux de soins pour dégager un espace de vie plus large. La circulaire du 24 juillet 1997 de la Cnav stipule que “cette augmentation de la superficie des chambres doit être compensée éventuellement par la diminution des surfaces collectives afin de ne pas générer de coûts supplémentaires”.

Une autre solution peut consister à revoir à la baisse toutes les surfaces administratives et faire l'inventaire des locaux inutiles pour ne pas affecter les aires dédiées aux résidents. En outre, les surfaces consacrées à la circulation peuvent être limitées à 25% de la surface utile mais pas moins; certains maîtres d'ouvrage consacrent seulement 10% de la superficie du bâtiment à la circulation, ce qui correspond au taux applicable aux logements sociaux, et ne peut en aucun cas convenir à une maison de retraite. Toutefois, aux dires de certains personnels soignants, l'usage semble montrer que les personnes désorientées sont moins sensibles que les autres à la taille de l'espace dont elles disposent.

C - Méthode de conduite du changement : projet de restructuration architecturale et projet d'établissement

Pour instituer une restructuration architecturale dans un établissement, il est indispensable d'envisager les multiples niveaux de complexité (projet architectural, projet thérapeutique, histoire de l'institution) et les diverses réalités psychiques (des individus, des différents

groupes qui utilisent les locaux) qui traversent la question de l'évolution des lieux, dans leurs dimensions tant conscientes qu'inconscientes. En outre il importe de placer les usagers, ainsi que les professionnels, au cœur de la réflexion portant sur cette évolution.

1 - L'articulation du projet architectural avec les différents volets du projet d'établissement

L'articulation en systèmes des différentes composantes de l'institution impose de garder en mémoire que toucher aux murs de l'institution va apporter des modifications tant à l'architecture des lieux qu'à l'institution elle-même, et en priorité à ce qui la fonde : le projet d'établissement qui articule le projet thérapeutique (projet de soins, projet de vie, et projet médical) et le projet social.

La restructuration de l'institution devrait ainsi toujours poser la question préalable du projet thérapeutique à mener, avant de s'interroger sur l'architecture que l'on souhaite modifier ou créer. Ce qui amène à poser de fait le projet thérapeutique comme précédant le projet architectural. Considérer ce dernier comme mise en oeuvre du premier nous semble être la voie la plus sûre pour que l'architecture puisse être porteuse de possibilités nouvelles, en adéquation avec l'ensemble des autres composantes du projet de restructuration.

En aménageant les locaux, on se dote d'abord d'un projet social dont l'espace sera le support contingenté par des données techniques, financières et administratives. Il peut s'agir de simples modifications répondant à des besoins d'isolation ou d'adéquation aux normes, d'installations de machines ou de revêtement; mais il y a également des cas de redistribution plus fondamentale, par exemple consécutive à un changement de population accueillie, à un redéploiement d'activités voire à la construction de nouveaux locaux *ex nihilo*. Dans le cas de l'accueil de personnes désorientées, l'ensemble de ces transformations peut toucher l'institution. Pour penser l'évolution des lieux, il faut donc d'abord penser aux évolutions qu'elle risque d'apporter au projet d'établissement; il s'agit aussi, et surtout, d'en mesurer l'impact sur la prise en charge thérapeutique des résidents. Il faut définir à partir de quel moment les modifications apportées dans la configuration spatiale vont générer des transformations notables du cadre thérapeutique, et risquent

d'interférer avec les modalités de prise en charge.

La restructuration architecturale amène donc à réinterroger les intentions de l'établissement à l'égard des résidents, ainsi que la qualité des prestations fournies : il s'agit de revisiter le projet d'établissement pour s'assurer de la concordance des effets souhaités et des résultats obtenus. On peut choisir d'offrir un cadre chaleureux, de faciliter le repérage des personnes, de stimuler, de sécuriser,... Le bâti n'est ainsi pas un "prêt-à-habiter", mais la projection dans l'espace d'un mode de pensée, d'un style de vie, d'un système de valeurs,... C'est une "forme sociale". En effet une organisation des lieux détermine des flux et des déplacements, des lieux de station ou de rencontre, et par là-même encourage ou décourage des noeuds de communication, préserve des intimités et participe dans tous les cas à configurer le jeu social. Dans le cas de l'accueil des personnes démentes, une institution adaptée qui a une politique spécialisée pour cet accueil spécifique peut assurer un grand espace de liberté et de contact social : le dément peut s'y reconstruire des habitudes, développer des capacités restantes s'il n'arrive pas à un stade trop avancé de sa maladie. Mais l'institution ne peut donner cette liberté au dément que si elle l'a décidé et si les équipes ont pensé l'accueil : il faut protéger les personnes lucides en cas de cohabitation, le personnel doit être préparé à cet accueil et formé à ce véritable soin relationnel. Dans une structure adaptée, agressivité et syndrome de glissement peuvent disparaître.

2 - La restructuration architecturale - Entre espace concret et espace vécu : quelle démarche?

Une concertation avec tous les intervenants

Il importe avant tout de considérer l'institution comme un système, dans le sens où la modification de l'une de ses composantes va entraîner une modification de l'ensemble du système "institution". L'espace architectural fait partie de l'une de ces composantes : les théories psychanalytiques portant sur le cadre et les institutions mettent d'ailleurs en avant cette dimension.

Pour investir cette complexité, le travail se doit donc d'être pluridisciplinaire. Il doit

associer l'ensemble des intervenants au projet et prendre en considération leurs opinions : les avis de l'ensemble des corps professionnels du personnel de l'institution doivent être pris en compte, et pas seulement ceux de la direction ou des aménageurs; en outre, les usagers doivent être consultés. Il peut être utile de constituer un groupe de pilotage avec des représentants de chacune de ces catégories. Ceux-ci auraient pour fonction de faire remonter les avis des personnes représentées, et de faire redescendre une information sur l'avancée des travaux du groupe. Les décideurs doivent veiller à entendre la parole des personnels, même si celle-ci dérange en ce qu'elle mettrait en péril bon nombre d'idées préconçues.

Réalisation d'un état des lieux

Le diagnostic architectural suppose que soient menées conjointement :

- une analyse des caractéristiques concrètes : bilan dimensionnel et fonctionnel, performances techniques, équipement;
- une analyse des représentations et des vecteurs symboliques véhiculés par l'architecture (le champ de la santé mentale posant la question du sens comme primordiale).

Ainsi pourra s'engager une démarche conciliant les caractéristiques objectives de l'espace réel et la dimension imaginaire (dynamique intersubjective et institutionnelle) des événements qui s'y déroulent.

Le temps du bilan est particulièrement important. Pour être complet et véritablement opératoire, il est nécessaire qu'il englobe une perspective historique relative à l'évolution des pratiques en relation avec l'évolution déjà subie par le bâtiment et la destination de ses différents locaux. Une telle démarche permet de renseigner tant le personnel que l'aménageur sur l'évolution du rapport entre les lieux et les activités qui s'y déroulent, sur la mise en adéquation progressive ou, au contraire, sur l'inadaptation qui s'y révèle au fil du temps entre les deux. Cela permet également de repérer le niveau hiérarchique de chaque problème et d'orienter les propositions de restructuration en fonction du caractère permanent ou plus ponctuel de tel ou tel problème, de son inscription dans l'origine de l'institution ou de son apparition contextuelle. Restructurer n'est pas refonder l'institution. C'est diagnostiquer au plus juste ce qui doit être retravaillé, pour permettre que se poursuive la tâche qui est la sienne dans la continuité de son histoire.

La gestion de la dimension fantasmatique

Deux problématiques sont ici à prendre en compte. D'une part les limites qu'impose la réalité politique, économique, constructive, légale... aux attentes liées au projet. Il s'agit lors du travail de réflexion sur le projet de restructuration, de pouvoir évaluer le degré de faisabilité de telle ou telle proposition, pour qu'elle soit le plus rapidement possible examinée dans sa pertinence par rapport aux besoins et aux désirs portés par l'équipe, et aux possibilités de l'institution d'y répondre. Ici se retrouve la nécessité d'une réflexion pluridisciplinaire.

D'autre part, il s'agit de faire en sorte que le projet de restructuration architecturale et son déroulement facilite le travail de deuil que doit effectuer le personnel. Ce travail de deuil est double :

- l'institution idéale telle qu'on voudrait qu'elle soit et telle qu'elle ne sera jamais;
- l'institution passée, sécurisante car connue, telle qu'elle ne pourra probablement plus être.

Face à la nouveauté, l'enthousiasme peut en effet vite s'éteindre si les attentes ne sont pas comblées. Cela justifie un diagnostic très fin des problèmes rencontrés. Le professionnel soignant doit interroger la part inconsciente qui s'exprime à travers les souhaits de changement, à propos d'un lieu : il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une manifestation de défense, d'un désir autre s'exprimant par déplacement ou encore de l'expression d'une souffrance. L'aménageur, spécialiste de l'espace, a quant à lui, une responsabilité importante : celle de s'assurer que ceux qui s'adressent à lui se représentent clairement l'ampleur des modifications qu'ils demandent, et de vérifier l'adéquation de la réponse apportée à la demande formulée. De ces deux conditions dépendent désillusion ou satisfaction de chacun.

Méthodes de consultation du personnel

Concrètement sur le terrain, il faut donc organiser une réflexion au sein de l'établissement afin de définir les attendus du construit, et de ne pas céder à la pseudo-évidence d'une

fonctionnalité qui s'imposerait trop vite, telle qu'accueillir ou héberger. En effet, chaque professionnel et chaque résident pense quelque chose de son lieu de travail et de vie.

Premièrement toute réinterrogation de l'espace construit doit passer par un "état des lieux" de son mode d'organisation et de ses effets. Des méthodes spécifiques peuvent être sollicitées comme la technique des "cartes mentales ou cognitives" : il s'agit de demander aux utilisateurs d'un espace de dessiner un plan empirique des lieux sur une feuille vierge. Cette projection très utilisée par les psychologues environnementalistes s'avère toujours très riche d'enseignements, du fait qu'elle livre les perceptions subjectives de l'espace. Le travail d'interprétation est déjà fait : les lieux les plus fréquentés abondent de détails, les lieux appréciés sont généralement hypertrophiés, tandis que d'autres disparaissent du dessin. Des voies sont déplacées, les dimensions distordues, des portes ou des fenêtres sont ajoutées ou retranchées, etc...

Globalement il s'agit donc simplement de souligner la nécessité de mener un travail de réflexion pluridisciplinaire sur ce qui a amené à une décision de restructuration, d'en identifier clairement les motivations, de repérer les carences principales et de formuler les besoins auxquels devront répondre les recommandations architecturales, en toute adéquation avec le projet thérapeutique, et en continuité avec l'histoire de l'institution.

Ensuite, la consultation devra s'orienter vers l'appréciation d'items plus objectifs, tels que : l'organisation des surfaces et des volumes (dimensions, proportions, cohérence); les revêtements (matériaux, hygiène, agrément, facilité d'entretien); les couleurs (chaleur, froideur, dynamisme), etc... Des éléments plus dynamiques peuvent être pris en compte comme la distribution des espaces (degré de dispersion, modes d'accès, ouvertures), la circulation (conditions de déplacement, degré de complexité pour se rendre d'un endroit à un autre), l'attraction sociale (E.T. Hall parle d'espaces "sociofuges" ou "sociopètes"), etc...

Troisièmement, il s'agit de mobiliser les acteurs sur l'aspect proprement constructif du projet architectural : on tire les conclusions de l'état des lieux. Il faut trouver des solutions pour modifier les locaux et les mettre en adéquation avec le projet professionnel. Les utilisateurs des locaux peuvent représenter sous forme de "bulles", organisées en bouquets,

les différents espaces fonctionnels envisagés, et leur accorder une taille variable en fonction de leur importance. Ces schémas permettent de débattre sur les statuts respectifs que l'on veut accorder aux espaces, et renvoient directement aux opinions centrales du projet d'établissement. Cherche-t-on à favoriser un bien-être sensoriel personnel ou la convivialité et la communication? Encourage-t-on la rencontre de petits groupes autonomes ou bien des rencontres plus larges? Ce schéma formera un début de projet sur lequel interviendra l'architecte pour rappeler certains principes de réalité de la construction (nécessité des flux techniques, de murs porteurs, renvoi à certaines contraintes des matériaux, aux difficultés de réalisation ou à des coûts trop élevés).

Chapitre II - Projet architectural d'adaptation aux démences séniles de la maison de retraite de Saint-Ouen

Dans ces propositions pour un projet architectural, nous nous limiterons au thème de notre travail : l'adaptation de l'architecture à la prise en charge des personnes âgées démentes. Nous laisserons volontairement de côté les autres aspects d'un projet qui s'imposent également à ses concepteurs sur le terrain, comme les aspects techniques de sécurité, ou encore les contraintes d'hygiène des services logistiques.

A – Méthode

1 – Liens avec le projet de vie

La maison de retraite de Saint-Ouen est actuellement en train de rédiger le projet d'établissement, tel qu'il est prévu par les décrets sur la réforme de la tarification des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Dans ce cadre, le projet de vie a été achevé. Ses dispositions doivent orienter les mesures du projet architectural. Une des orientations du projet de vie pour les années à venir concerne le renforcement des mesures spécifiques pour l'accueil des personnes âgées démentes. Des mesures ont été prises : une psychologue clinicienne a ainsi été recrutée, et un psychiatre assure des consultations dans l'établissement. Les services de soins ainsi que les différents intervenants (psychologue, psychomotricienne, etc...) doivent être associés à ce projet. Une des valeurs inscrites dans le projet de vie de Saint-Ouen est « d'offrir un cadre stimulant, favorisant la socialisation et le maintien de l'autonomie ».

2 – Implication du personnel

Un cabinet de formation est intervenu pour aider le personnel dans la rédaction du projet de vie.

Un groupe de pilotage a été constitué. Il rassemblait des personnels volontaires représentant chaque service de l'établissement. Les membres de ce groupe étaient chargés de transmettre les informations dans leurs services respectifs. Aidé par les formateurs, ce comité de pilotage a conceptualisé les idées du projet de vie. Un état des lieux comprenant notamment une évaluation de la charge de travail, a été réalisé. Puis les différentes orientations ont été décidées : des protocoles d'hygiène ont été définis, une procédure d'accueil des nouveaux résidents a été rédigée, et un effort va être fait pour améliorer l'accueil des personnes démentes.

Décidées par le comité de pilotage, ces différentes mesures doivent recevoir l'adhésion de la plus grande partie du personnel. Les transmissions lors des changements d'équipes, ont été un moment privilégié de discussion et d'échange entre le comité de pilotage et les autres membres du personnel.

La rédaction du projet architectural doit comme pour le projet de vie, impliquer les agents qui seront les utilisateurs des locaux.

B – Etat des lieux

Comme une évaluation de la charge de travail a été réalisée pour préparer le projet de vie, un état des lieux semble un préalable nécessaire à la rédaction du projet architectural.

1 – Présentation de l'établissement

Historique

La maison de retraite de Saint-Ouen est un ancien hospice datant du XIXe siècle. En 1988, un vaste projet d'humanisation a été achevé : les boxs ont été remplacés par des chambres, des salles à manger ont été ajoutées dans les étages, etc...

L'établissement fonctionne dans sa configuration architecturale actuelle depuis cette date. Après 12 années, les besoins ont évolué et les bâtiments ont vieilli. Le projet architectural devra donc comporter deux volets : un volet d'adaptation aux publics accueillis avec l'accent sur l'accueil des déments, et un volet de rénovation des locaux et de mise en conformité avec les nouvelles normes, notamment en matière de sécurité. Nous ne développerons ici que la première partie du projet qui s'inscrit plus précisément dans le cadre du présent travail.

Structure actuelle

L'établissement accueille 80 résidents dont 60 en section de cure médicale. 63% d'entre eux sont classés dans les trois premiers groupes iso-ressources (GIR 1,2 et 3) de la grille AGGIR³².

Il s'agit d'une construction d'un seul bâtiment sur un modèle hospitalier. Il comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée, 2 étages et un niveau intermédiaire. Des espaces collectifs sont répartis dans l'ensemble de la structure. En effet outre la salle à manger et le hall d'entrée situés au rez-de-chaussée, il existe une salle à manger à chaque étage ; en outre il y a une salle de kinésithérapie et une cuisine thérapeutique. La présence d'un étage intermédiaire ainsi que les ailes rajoutées à la construction initiale rendent difficile l'orientation dans les bâtiments.

L'accueil des résidents se fait dans 56 chambres individuelles et 14 chambres doubles. Les

³² La grille AGGIR est un outil national qui permet de classer les personnes âgées en 6 groupes GIR selon leur niveau de dépendance, le GIR 1 correspondant à la dépendance la plus importante. Cette grille a été mise en place dans le cadre de l'attribution de la Prestation Spécifique Dépendance (loi du 24 janvier 1997).

résidents les plus anciens sont prioritaires sur les nouveaux entrants, s'ils souhaitent obtenir une chambre individuelle.

L'établissement est situé dans une enceinte fermée donnant sur la rue. Un grand jardin clos est situé à l'arrière des bâtiments. Les entrées et sorties sont contrôlées par un portail électronique.

Des rencontres avec les personnels tant soignants que techniques, ont permis d'évaluer l'utilisation et l'état de vétusté des locaux (fissure des terrasses, vétusté des stores, fenêtres cassées,...).

2 - Résultats de l'établissement au questionnaire

L'établissement accueille un public très dépendant. Le Gir moyen pondéré (GMP), qui est exprimé en millième de Gir 1, est de 708, ce qui correspond aux taux des établissements de long séjour. Les personnes démentes et/ou désorientées lors de leur admission sont assez nombreuses. Conscient de sa mission de service public, l'établissement accueille ces personnes et les accompagne tout au long de la fin de vie.

Il n'y a pas de projet de restructuration architecturale immédiat. Toutefois la préparation du projet d'établissement nécessite la rédaction d'un projet architectural cohérent avec les objectifs définis par la Direction et le personnel.

Repères spatiaux

La signalétique des lieux est peu utilisée. Les couleurs différentes utilisées ne le sont pas dans une perspective de repérage. Les espaces sont donc peu différenciés entre eux. Le nom des résidents est inscrit en gros caractères sur la porte de leur chambre. Toutefois aucun autre signe (pictogramme, photo,...) n'est présent.

Repères temporels

Des horloges sont présentes dans les pièces communes. De plus, quotidiennement, l'animateur tient à jour un éphéméride sur un grand tableau lumineux. Toutefois le personnel n'a pas toujours conscience de l'importance de ces outils pour aider à l'orientation des résidents. Ainsi les horloges restent-elles à l'arrêt parfois pendant plusieurs semaines, faute de pile notamment.

Le déroulement des saisons est marqué grâce aux larges baies vitrées donnant sur l'extérieur. De plus une attention particulière est portée aux décorations pour marquer les fêtes (Noël, Pâques).

Organisation spatiale

Les résidents déments sont accueillis dans les mêmes unités de soins que les résidents lucides. Ces derniers réclament le plus souvent des chambres individuelles et conservent ainsi une certaine intimité. A l'inverse, les résidents désorientés logent également parfois de manière prioritaire dans des chambres individuelles, car ils constitueraient une gêne trop importante pour un éventuel voisin de chambre (en cas d'agitation nocturne surtout).

La majorité des résidents prend ses repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée. Toutefois les personnes désorientées restent dans les salles à manger des étages où ils ont une aide du personnel soignant pour manger.

La déambulation dans l'établissement est libre et sécurisée : le jardin thérapeutique communiquant avec le rez-de-chaussée de l'établissement, est clos. Les portes donnant sur la rue sont électroniques, reliées au standard de l'établissement. Des caméras permettent de surveiller les entrées et sorties. Le jardin n'est pas aménagé conformément aux prescriptions théoriques du jardin thérapeutique. Toutefois, il est un lieu de promenade agréable. En outre, des parkings vont être aménagés de manière à rationaliser le stationnement automobile dans l'enceinte de l'établissement : cela rendra la fréquentation du jardin non seulement plus agréable, mais également plus sûre, particulièrement pour les résidents désorientés.

Les phénomènes d'errance sont assez fréquents dans l'établissement : les résidents sont souvent égarés. La configuration du bâtiment ainsi que l'absence d'indications fléchées peuvent être une cause de ce phénomène. Par ailleurs, de nombreux résidents désorientés présentent de tels handicaps physiques qu'ils ne peuvent plus marcher : les phénomènes d'errance pourraient donc être encore plus marqués. Globalement les erreurs de chambres sont peu nombreuses : celles-ci restent le plus souvent ouvertes ; le résident peut donc identifier la chambre sans en franchir le seuil, d'autant que le mobilier personnel est fréquemment utilisé et facilite la reconnaissance de l'endroit.

Les rythmes quotidiens sont globalement perçus par les résidents. Toutefois, les saisons le sont moins. La perception du climat (chaud, froid) diminue avec l'âge, et les marquages des saisons sont peu interprétés par les personnes désorientées. En outre, les problèmes d'agitation nocturne sont fréquents : ceux-ci sont toutefois moins symptomatiques d'une désorientation temporelle, que de la diminution de la durée et de la qualité du sommeil avec le vieillissement, et des angoisses afférentes.

Les personnes désorientées sont intégrées aux autres résidents dans les services comme pour toutes les activités quotidiennes. Seuls les repas sont pris séparément. Cette cohabitation est imposée par la configuration architecturale de l'établissement. Elle engendre de l'agressivité entre les résidents, et nuit à la communication et à la stimulation. Les personnes lucides manifestent aussi bien de l'incompréhension que des sentiments plus paternalistes à l'égard des personnes désorientées. Globalement la cohabitation semble toutefois plutôt favorable à l'état des résidents : les personnes démentes restent soumises à des stimuli, et les personnes lucides entretiennent des relations avec le personnel et les personnes extérieures à l'établissement ; elles ne souffrent donc pas trop de l'absence de stimulation de la part des personnes démentes.

C – Ebauche d'un projet architectural pour l'établissement de Saint-Ouen

1 – Les aménagements marginaux réalisés

L'orientation dans l'espace

Il serait souhaitable de flécher les principaux endroits d'activité de l'établissement. En outre une différenciation des lieux par couleurs pourrait être réalisée (en fonction des étages, de l'utilisation des endroits). Les chambres pourraient être marquées par une photo du résident, en plus du nom qui y figure actuellement.

Les lumières dans les espaces communs ont été changées : les néons aux éclairages violents ont été remplacés par des sources de lumière plus douce et plus diffuse. Ce changement permet d'une part de rendre l'ambiance plus conviviale, rappelant la chaleur du domicile, et d'autre part, de ne pas éblouir les résidents.

L'orientation dans le temps

Celle-ci est satisfaisante. Toutefois le personnel devra être sensibilisé à son importance, pour qu'il assure correctement l'entretien des horloges ou la mise à jour des calendriers.

2 – Changements structureaux

Création d'une salle d'animation

Actuellement, il n'y a pas de local d'animation. Les activités se font dans la salle à manger des résidents, ce qui contraint à libérer la pièce au moment des repas. A côté de cette salle à manger se trouve une partie du jardin entourée sur trois côtés par les bâtiments. Le quatrième côté est bordé par un chemin qui mène au parc. L'objectif serait d'installer une véranda dans cette partie pour réaliser un patio couvert. Ouverts de plain pied sur le jardin, il serait une pièce de vie et d'animation à proximité des lieux de passage de l'établissement (salon de coiffure, boutique, salle à manger). Il permettrait aux résidents d'y passer, de choisir de s'y arrêter ou pas. Il serait une ouverture sur le parc de l'établissement. En outre

la véranda laisserait passer la lumière extérieure, et permettrait d'augmenter le ressenti des moments de la journée et des différentes saisons.

Enfin ce patio résoudrait en partie le problème de manque de place qui est d'autant plus gênant que l'établissement peut difficilement s'étendre compte tenu de la situation urbaine. En outre l'animateur souhaite avoir une salle réservée aux activités afin d'installer des ateliers permanents.

Création d'un jardin thérapeutique

Le jardin de l'établissement est clos et sécurisé, ce qui permet aux résidents de s'y promener en toute liberté.

Un jardin contigu au parc et désaffecté, pourra être acheté : la parcelle du cadastre a fait l'objet d'une évaluation financière. Cet achat permettrait d'augmenter la surface disponible du jardin.

De nouveaux bancs ont été achetés. Il faut refaire le revêtement des allées pour faciliter la circulation des fauteuils roulants.

Un paysagiste devra redessiner complètement le jardin de manière à répartir les plantations, les chemins de promenade,... Ce jardin sera un lieu idéal de fréquentation, d'autant qu'il communiquera directement avec le patio couvert.

Création d'un Cantou

Pour accueillir les résidents les plus désorientés et qui sont les plus susceptibles de perturber le fonctionnement de l'établissement, une structure spécialisée pourrait être créée dans une aile de 8 chambres de l'établissement. Située à une extrémité de la structure, elle est isolée puisqu'elle correspond à une tranche indépendante au regard de la sécurité incendie. Une espace plus large avec un petit salon et un bureau sont également placé à cet endroit. Une salle de bain collective enfin se trouve dans ce couloir, et rend cette partie relativement indépendante du reste de l'étage.

Un office pourrait être créé à la place du bureau, et un lieu de vie pourrait remplacer le petit salon. Une des chambres actuelles pourrait être reconvertie en salle à manger.

En accueillant les résidents les plus perturbateurs, cette structure allègerait le poids de leur présence parmi les résidents lucides.

CONCLUSION

En conclusion les établissements d'hébergement pour personnes âgées de Seine-Saint-Denis respectent peu les critères architecturaux d'adaptation à la prise en charge des démences séniles. Les aménagements réalisés se limitent aux supports d'orientation temporo-spatiaux ; ceux-ci sont conçus de manière marginale et empirique. Les adaptations d'envergure (Cantous, jardins thérapeutiques) sont rares voire inexistantes. Notre première hypothèse est donc largement vérifiée. L'explication de ces carences ne réside pas dans le désintérêt des professionnels : ceux-ci connaissent largement les aménagements préconisés par les spécialistes, et sont intéressés pour les appliquer dans leurs établissements. Mais les moyens mis à leur disposition sont souvent insuffisants pour mettre en œuvre concrètement sur le terrain les intentions exprimées dans les projets d'établissement. A ce titre, des encouragements des financeurs à travers des octrois de fonds conditionnés par l'existence de ces aménagements architecturaux, est souhaitable, et se développe aujourd'hui.

Les conséquences des adaptations architecturales sur l'état des résidents déments est incertain. Notre étude porte sur un échantillon restreint d'hébergement et ne permet pas de tirer des conclusions générales sur ce thème. Toutefois les aménagements même marginaux, sont un support utile aux résidents non déments accueillis conjointement. En effet ils leur assurent une plus grande autonomie en dépit des manifestations inévitables d'vieillesse. De plus une organisation des locaux conçue spécifiquement pour les personnes âgées démentes permet d'éviter les conséquences négatives de la cohabitation sur les personnes lucides.

Le champ de notre étude était limité aux conséquences des aménagements architecturaux des établissements sur les personnes démentes. Nous avons abordé le thème de la cohabitation avec les résidents non déments. Toutefois cette étude devrait être complétée par une étude sur les conséquences de ces adaptations architecturales pour les personnels soignants et pour les familles. En effet l'accueil des personnes démentes dans des structures adaptées implique une organisation et des conditions de travail particulières : il y a des risques pour le personnel (routinisation des tâches, manque de stimulation, projections négatives des images de la vieillesse,...) mais également pour les familles qui vivent des souffrances spécifiques. Par conséquent la conception architecturale

d'établissements adaptés aux déments doit être accompagnée dans le projet d'établissement de mesures spécifiques organisationnelles pour concilier le confort des résidents déments avec celui des personnes lucides, et assurer également de bonnes conditions de travail aux personnels

BIBLIOGRAPHIE

ANGHELOU, D., DUBUISSON, F., HOPPE, G. : Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de la vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle, 1999, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité

Association des personnes âgées vivant en collectivité : Des résidents s'expriment sur leur lieu de vie, 1990

BERTHEL, M., ETHEVE, M., BINDLER, J. : "Hôpital de jour et démence", Démence sénile et environnement, 1995, Paris, Maloine, p.120 à 125

BOUATI, N. : Chronopsychologie des personnes âgées, 1999, L'Harmattan, Paris

BOURGEOIS, C. : "L'oeil nouveau des architectes", Faire face, 1996, n°537, p.14 à 15

BROUILLET, D., SYSSAU, A. : La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement, 1997, Paris, QSJ?, PUF

BROUSSEAU, C., LECLERC, M., LAVALLEE, F. : "La cohabitation en centre d'hébergement des personnes confuses favorise-t-elle l'épanouissement de ces personnes?", Le gérontophile, 1989, vol.11, n°2, p.8 à 11

BRUYER, R. : "Effets du vieillissement sur la perception visuelle des objets et des visages", Le vieillissement cognitif, sous la direction de VAN DER LINDEN, M, HUPET, M., 1994, Paris, PUF, p.233 à 270

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE : Établissements d'accueil pour personnes âgées - Recommandations techniques et participations financières, 1993

CAUSSANEL, G. : "Le cantou", Démence sénile et environnement, Paris, Maloine, p.115 à 119

CHARBIT, J. : “Architecture et gérontologie - Éléments de programmation”, Gérontologie, 1998, n°103, p.23 à 26

CARP, F.-M. : “L’adaptation des personnes âgées aux changements de leur environnement”, Gérontologie, 1998, n°86, p.36 à 43

CHAUCHOT, F. : Outils d’évaluation du déficit mental - Psychogériatrie, T. II, n°6, p.17 à 23

COURTEIX, S. : “L’architecture des MAS : inadéquation des structures aux usagers”, Technologie SANTE, 1999, n°38, p.115 à 122

COURTEIX, S. : “L’architecture en question. Propositions pour une démarche de restructuration des établissements en santé mentale”, Le journal de Nervure, n°8, tome XI, p. 10 à 12 (1ère partie) et n°9, tome XII, p.10 à 11 (2è partie)

COURTEIX, S. : L’espace-prothèse, une modalité particulière de relation du groupe à l’espace, 1997, Lyon, université Lumière - Lyon II, Institut de psychologie

DALBARADE, M. : Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile de France, 1987, ORSIF, Paris

DENIS, B. : Thèse pour le doctorat de médecine, 1991, Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Université d’Angers

DIRIDOLLOU D., HILY S., LEROUX P. : “Évaluation des petites unités de prise en charge des déments”, Gérontologie, 1998, n°108, p.24 à 31

DUCHEMIN, I. : “L’architecture au service de l’âge”, Entourage, 1996, n°15, p.22 à 25

FESSARD, J. : “Les résidences pour personnes âgées peuvent-elles être pathogènes? Prévention et régression”, La revue du généraliste et de la gérontologie, 1996, n°27, p.51 à

FONDATION DE FRANCE (Revue) : Vivre au cantou, exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées, 1993, Paris

FONDATION DE FRANCE (Revue) : Grand âge, dépendance et lieux de vie, 1990, Paris

FONDATION DE FRANCE (Revue) : Les cantous en question : des petites unités de vie communautaire pour les personnes âgées dépendantes, 1988, Paris

GAUVREAU, D., GENDRON, M. : Questions réponses sur la maladie d'Alzheimer, 1994, Le jour éditeur, Montréal

GASTE, A. : "Le temps dans les murs", Le temps et la vie - les dynamismes du vieillissement, sous la direction de GUILLAUMIN, J. et REBOUL, H., 1982, Lyon, Chronique sociale, p.41 à 46

HUGONOT, L., THOME, A. : "Projets de lieux de vie pour atténuer la souffrance familiale face à la démence", Gérontologie, 1988, n°65, p.60 à 61

HUGONOT, R. : "Fondements psychosociaux d'un projet architectural d'unité psychogérontologie", La revue du généraliste et de la gérontologie, 1996, n°27, p.65

HUGONOT, R. : "Le temps, l'espace et le vieillissement cérébral pathologique", Gérontologie, 1986, n°94, p.45 à 47

LECONTE, P. : Mémoire et vieillissement : approche méthodologique, 1989, Paris, Doin

LEDANSEUR, Y. : "Mémoire et prévention", Gérontologie et société, n°38, p.61 à 74

LEICHSENTRING, K., STRÜMPPEL, C. : L'accueil des personnes souffrant de démence en petites unités de vie, 1998, Paris, European Center

LEROU, R., HOVASSE, E., VIAU, G. et al. : “Architectures et démence sénile”, Soins, 1987, n°493-494, p.47 à 49

LOUBAT, J.-R. : “L’architecture au service du projet d’établissement. Montre-moi tes locaux et je te dirai qui tu es”, Lien social, 1999, n°501, p.4 à 9

MARCHAND, L., MANOUKIAN, A. : Esthétique et architecture en long séjour : une recherche de sens”, Gérontologie, 1995, n°94, p.34 à 39

MIAS, L. : “Les couleurs et leurs effets”, La revue du généraliste et de la gérontologie, 1998, n°37, p.26 à 35

MIAS, L. : “Personnes âgées présentant des déficits cognitifs : intégration, sectorisation communautaire ou relégation?”, La revue du généraliste et de la gérontologie, 1997, n°37, p.19 à 27

MORMICHE, P. : “Les personnes dépendantes en institution”, INSEE PREMIERE, 1999, n°669, p.1 à 4

MOULIAS, R., FAUCHER, N., GEOFFRE, C., MEAUME, S. : “Autonomie, dépendance physique, dépendance psychique : le mélange est-il possible dans la même institution?”, La revue du généraliste et de la gérontologie, 1996, n°27, p.48 à 50

ORSIF : La santé observée - tableur de bord régional sur la santé en Ile-de-France, 1999, Paris

PECORARI, J.-L., PELLERIN, G. : “Construire pour demain”, Gérontologie et société, 1986, n°36, p.56 à 75

PHILIBERT, M. : “Les personnes âgées et leur comportement dans l’espace”, Gérontologie, 1998, n°86, p.33 à 35

PLOTON, L. : La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la

question de la démence, 1990, Lyon, Chronique sociale

RICHARD, J., BIZZINI, L., BOGLIETTI, T. : “Des facteurs de l’orientation spatiale dans les démences de l’âge avancé”, Le temps et la vie - les dynamismes du vieillissement, sous la direction de GUILLAUMIN, J. et REBOUL, H., 1982, Lyon, Chronique sociale, p. 87 à 95

ROUSSET, C. : “Inadéquation des structures ou des patients?”, Technologie SANTE, 1999, n°38, p.113 à 114

SEBAG-LANOE, R. : Soigner le grand âge, Paris, EPI, Desclée de Brouwer

VAN DER LINDEN, M. : “Mémoire à long terme et vieillissement”, Le vieillissement cognitif, sous la direction de HUPET, M., 1994, PUF, p.87 à 140

VELLAS, P. : “Principes fondateurs de l’aménagement architectural des unités Alzheimer”, Alzheimer, revue des unités spécialisées, 1999, T. II, n°4, p.17 à 18

VELLAS, P. : “Équipement et aménagements des maisons de retraite”, Santé et maison de retraite, sous la direction de VELLAS, P., ALBAREDE, J.-L., GARRY, Ph., 1997, Paris, Serdi, p.143 à 163

VELLAS, P. : “L’architecture, la ville, la maison et la mémoire”, Mémoire et environnement, 1996, Sucy-en-Brie, Mémoire et vie, p.52 à 63

VELLAS, P. : “Le jardin thérapeutique”, L’année gérontologique, 1995, vol.IX, p.117 à 123

VELLAS, P. : “Architecture et vieillissement”, Le vieillissement cérébral pathologique, comprendre et agir, 1987, Paris, IPSEN, p.45 à 86

VETEL, J.-M., DENIS, B. : “Conception architecturale de structures institutionnelles d’accueil de patients atteints de la maladie d’Alzheimer”, La revue du généraliste et de la

gérontologie, 1996, n°28, p.27 à 33

VETEL, J.-M., MIAS, L., VELLAS, P. M., DEFOS DE RAU, V. : “Architecture et services gériatriques”, L’année gérontologique, 1994, vol.8, p.539 à 543

“Visions d’architecte”, Décideurs des maisons du 3e âge, 1997, n°9, p.41 à 42

“Lieu de vie pour personnes âgées”, Le moniteur architecture AMC, 1999, n°99, p.53

“Logement et urbanisme adaptés aux handicapés physiques”, Gérontologie, 1971, n°4, p.22 à 25

“Architecture - Des recommandations à la réalité...”, Décideurs, 1999, n°24, p. 17 à 21

“L’éclairage, cet éternel oublié”, Décideurs, 1998, n°17, p.34 à 36

“Quel revêtement de sol pour votre établissement”, Décideurs, 1997, n°10, p.25 à 30

“La conception d’une chambre d’hôpital”, Techniques hospitalières, 1998, n°632, p.24 à 28

“Faire face à la dépendance - Un concept architectural nouveau”, Soins gérontologie, 1996, n°3, p.49 à 50

ANNEXES

Annexe n°1 : guides d'entretiens

Annexe n°2 : fiche d'évaluation des GIR – grille AGGIR

- Autres

Si non, pourquoi?

9 - Des spécialistes ont-ils été consultés pour l'élaboration des plans de restructuration?

Si oui, lesquels?

Ergothérapeutes

Psychomotriciens

Architectes spécialisés dans l'architecture hospitalière et
géronologique

Médecins gériatres

Médecins psychiatres

Autres

Si non, pourquoi?

10 - Quel est le budget de la restructuration?

11 - Combien de lits sont concernés?

2 - Repères spatiaux

12 - Existe-t-il une signalétique des lieux claire et adaptée (pictogrammes, fléchage, couleurs,...)?

13- Les espaces sont-ils différenciés (par exemple par les couleurs)?

Si oui, comment?

14 - Les chambres sont repérables :pas de différenciation

couleur de porte différente

nom écrit en grosse lettre sur la porte

autre signe distinctif (photo, image,...)

QUESTIONNAIRE N°2

Nous nous intéressons uniquement aux personnes âgées démentes et/ou présentant des troubles du comportement.

1 - Déambulation

21 - Les phénomènes d'errance sont-ils fréquents?

22 - Les personnes sont-elles souvent égarées?

Si oui, cherchent-elles un lieu précis de l'établissement?

N'ont-elles pas conscience d'être dans l'établissement?

23 - Les personnes âgées se trompent-elles de chambres?

2 - Orientation dans le temps

24 - Les personnes âgées ont-elles conscience des rythmes quotidiens? Des saisons?

25 - Y-a-t-il des problèmes de sommeil la nuit? des problèmes d'errance?

3 - Intégration ou ségrégation

26 - Les résidents se plaignent-ils de la présence de personnes démentes ou présentant des troubles du comportement?

27 - Dans les structures mixtes, quelle est l'évolution globale des personnes démentes? Des personnes saines?