



L'architecture



Les oubliés de l'architecture

Les jeunes personnes atteintes de démence

L'architecture

Lausanne

Janvier 2022

Alison Blank et Kilian Cossali

À mon papa
À Jacques

« Il est possible de vivre bien, des années et des années, avec cette maladie, dans un environnement adapté. »

Colette Roumanoff, *Le bonheur plus fort que l'oubli*

Table des matières

Avant-propos	p. 13
Méthodologie	p. 23
Lexique	p. 31
L'architecture	p. 35
Évolution de la prise en charge et importance des familles	p. 39
Agilité	p. 43
Dimensions	p. 45
Montré-caché	p. 45
Personnalisation	p. 51
Autonomie et liberté	p. 53
Accessibilité sélective	p. 55
Déambulation	p. 57
Mobilier	p. 60
Cuisines	p. 61
Salle d'eau	p. 65
Activités et zoothérapie	p. 67
Unités de vie – <i>Cantou</i>	p. 75
Aménagement	p. 77
Chambres	p. 79
Architecture	p. 83
Dimensions	p. 83
Matérialité / revêtements	p. 83
Chauffage et ventilation	p. 87
Espaces de service	p. 87
Soignants	p. 89
Jardins et espaces extérieurs	p. 90

Un établissement pour les jeunes malades	p. 95
Les normes	p. 95
Chambres	p. 96
Sanitaires	p. 97
L'espace commun	p. 98
Les fenêtres et ouvertures	p. 98
Inscriptions / signalétique	p. 99
Salle de sport	p. 99
Les soignants	p. 100
Bibliographie et iconographie	p. 103

Avant-propos

Lors du choix du sujet pour cet énoncé théorique, afin de profiter de notre complémentarité et de pouvoir sans cesse échanger entre nous dans le dessein de faire fructifier au mieux notre travail, nous n'avions qu'une seule certitude : nous travaillerions ensemble. Malgré nos intérêts divergents et nos expériences différentes, nous avons trouvé un sujet sur lequel nous allions allier nos forces : les jeunes malades atteints de démence. Ce thème nous est apparu comme une évidence. Par cet avant-propos nous allons expliquer les éléments clés qui nous ont menés à faire ce choix ainsi que les biais que nous avons et assumons sur celui-ci.

Alison

La première fois que j’ai été en contact direct avec des personnes atteintes d’un handicap – physique et/ou mental – fut lors d’un voyage en Catalogne durant lequel j’ai eu l’opportunité de visiter *La Fageda*. Il s’agissait alors de la deuxième plus grande entreprise de fabrication de yogourts de la région, qui était initialement une expérience pilote afin de tenter de sortir les personnes atteintes de maladies mentales des hôpitaux psychiatriques et de l’état de marginalisation dans lequel elles se trouvaient. Lors de cette visite, je m’étais immédiatement rendue compte que ces personnes – employées par *La Fageda* –, bien que différentes de moi, étaient tout autant capables que les gens « normaux » et elles participaient comme quiconque à la vie de leur microsociété et entreprise.

Quelques années plus tard, j’apprenais qu’une de mes amies d’enfance était atteinte de schizophrénie. Ce fut un choc pour moi de l’apprendre. Toutefois, au fil du temps, j’ai compris que sa maladie est certes handicapante mais que si le lieu dans lequel elle vit et celui dans lequel elle travaille sont adaptés, alors elle se sentira apaisée et utile.

La dernière fois que j’ai été confrontée à un handicap de manière directe date de 2016. Cette année-ci, d’inhabituels changements de comportement chez mon papa nous ont poussés – ma maman et moi-même – à prendre contact avec le médecin de famille pour essayer de comprendre ce qu’il pouvait bien se passer. Au quotidien, c’étaient peu à peu des différences de comportement, des oublis, un rapport exacerbé à l’argent et à l’alcool, etc. Au final, mon papa – alors âgé de 56 ans – a été diagnostiqué comme étant atteint de la maladie de Pick. Il s’agit d’une démence fronto-temporale (DFT) dégénérative pour laquelle il n’existe, à l’heure actuelle, aucun traitement permettant l’espoir d’une guérison.

Le premier contact que j’ai eu avec cette maladie fut terrible : le diagnostic fut essentiellement établi sur les dires de ma maman et de moi-même. Tout comme nous l’avons vécu, il est extrêmement courant, lors de ce premier diagnostic, que les médecins annoncent le résultat sans empathie ni ménagement et renvoient toute la famille à la maison, sans

aucune redirection vers un endroit où il serait possible d’obtenir une aide ou une explication. Nous avons donc essayé de mieux comprendre cette maladie par nous-mêmes. Tous les livres et sites internet étaient d’une effroyable négativité dans la description de la maladie, sans pour autant être une aide pour une personne basculée du jour au lendemain du statut d’ « enfant de » au statut de « proche aidant de ». C’est finalement auprès du « groupe d’entraide pour filles et fils de personnes avec une démence avant l’âge de la retraite » que j’ai pu trouver une vision tout à fait différente dans la manière de vivre et d’aborder les démences. En effet, lors de ces réunions, à la formulation « il a oublié [telle capacité] », il était privilégié une approche plus positive telle que : « il a encore [telles capacités] ».

Par la suite, j’ai rapidement pu constater, en observant mon papa, que l’environnement dans lequel il évoluait, les personnes avec qui il était ainsi que leur manière de se comporter avec lui avaient un impact non négligeable sur ses capacités. Des mouvements incitateurs, des termes judicieusement choisis ainsi qu’éviter les situations de mise en échec sont des éléments qui m’ont aidée à m’occuper de lui sans qu’il s’énerve ou s’y oppose.

En 2018, mon papa a finalement dû être placé en établissement médico-social, en psychogériatrie. Suite à cela, j’ai rapidement constaté que ce lieu ne lui était pas adapté. D’un point de vue sociétal, il était entouré de personnes bien plus âgées que lui ; bien sûr, ajouté à cela, il était, dans sa propre perception de lui-même, beaucoup plus jeune que son âge réel. De ce fait, il cherchait sans cesse la compagnie de personnes dont il se sentait plus proche, comme des soignants, des accompagnateurs, etc. Du point de vue des soins, le manque de temps et de personnel a régulièrement conduit à des situations non adaptées à ses besoins – qui mettaient mon papa dans des situations de stress pouvant être apparentées à des mises en échec. Finalement, d’un point de vue architectural, le constat n’était guère plus satisfaisant : avec la maladie, certains éléments – ne représentant en principe aucun problème – devenaient soudainement un obstacle infranchissable – comme un lino aux joints apparents sur lesquels il n’était plus possible de marcher ou encore avec un palier comportant un ressaut qui, tout à coup, semblait impossible à enjamber –, car le cerveau n’était plus capable d’analyser correctement la situation dans laquelle il se trouvait.

Contrairement à Alison, je n’ai été que peu et plus récemment confronté aux maladies mentales. De ce fait, ma sensibilité et mon intérêt pour ce sujet sont tout autres.

Cela fait, à l’heure où j’écris ces lignes, plusieurs années que je m’intéresse au domaine de la philosophie et de son principe de remise en question systématique du monde qui nous entoure. Ainsi, au fil du temps, m’est venu le questionnement de ce que beaucoup de gens appellent la « normalité ». Qu’est-ce que la « normalité » ? Si une personne dite « normale » l’est par opposition à une personne réputée « handicapée », alors une personne porteuse de lunettes, par exemple, ne serait-elle pas également considérée comme « handicapée » ? En revanche, si être « normal » signifie d’être conforme à une vision stéréotypée d’un individu, alors cela ne traduirait-il pas une certaine banalité sous-jacente ? Dans ce cas-là, personne ne se qualifierait ainsi car personne ne veut être banal, tout le monde préfère se percevoir comme ayant une part d’originalité. Alors pourquoi tant de regards gênés ou compatissants envers des personnes présentant un handicap plus important tel qu’une maladie mentale ? Cela provient probablement du fait qu’il s’agit de handicaps moins répandus auxquels nous ne sommes que rarement confrontés. En fin de compte, être « normal » semble correspondre à un idéal, une perfection inatteignable.

De cette réflexion en est venue la conclusion que la normalité n’est qu’une conception personnelle, influencée par de nombreux facteurs de notre environnement social tels que la culture, l’éducation, etc. De ce fait, il me semble judicieux de remettre en question cette construction sociale qui, selon moi, pousse à la marginalisation de certaines catégories de personnes. Il serait temps de considérer que la norme est d’être imparfait, et donc « anormal ».

C’est, en partie, dans ce contexte emplit de raisonnements que s’inscrit, pour moi, le choix du sujet de cet énoncé théorique. Ainsi, étant donné que, selon moi, nous sommes tous « anormaux », d’une manière ou d’une autre, pourquoi vouloir faire de l’architecture pour des individus « normaux » ? Il est donc nécessaire d’imaginer une architecture spécifique destinée à une catégorie de personnes spécifiques.

Parallèlement à cette réflexion personnelle, j’ai commencé à rendre visite à Jacques – le papa d’Alison – en 2018, quelque temps après son placement en établissement médico-social. C’est aux côtés de ce monsieur – qui, à cette période-ci, n’était pour moi ni un parent, ni un ami, mais un parfait inconnu – que je me suis sensibilisé au monde des démences. Avec le recul, je me suis rendu compte que ne pas avoir connu Jacques avant la maladie était une chance, car ainsi, je n’avais de préjugés ni sur lui, ni sur sa maladie ; je l’ai découvert tel qu’il était réellement, sans l’idéalisation d’un passé révolu.

En somme, au travers de tout cela, il nous a semblé intéressant et nécessaire de réfléchir à la condition de toutes ces personnes atteintes de démence qui se trouvent, à l’heure actuelle, dans des lieux qui ne sont que trop peu adaptés à leurs besoins. C’est pourquoi nous avons décidé d’axer tout particulièrement ce travail sur des personnes diagnostiquées avant l’âge de la retraite : alors qu’elles sont encore actives et ont des enfants à charge, un travail, une vie sociale ; elles perdent, quasiment du jour au lendemain, une grande partie de leur autonomie. D’autant plus dans ces cas, le maintien du lien avec leur famille et leurs amis est primordial. Ainsi, l’établissement où ces jeunes personnes atteintes de démence se retrouvent se doit d’être un lieu qui leur est complètement adapté et qui permet également d’accueillir leurs proches dans des conditions optimales – permettant, ainsi, de conserver ces liens le plus longtemps possible.

Méthodologie



Fig. 1 : (ci-contre) Grande Tour Arc-en-Ciel.

Notre travail a été réalisé selon deux approches distinctes et complémentaires.

Tout d'abord, nous avons effectué une recherche théorique sur les démences. Pour ce faire, nous avons au préalable établi la définition d'un certain nombre de concepts afin de faciliter la compréhension de notre sujet, qui est, somme toute, encore méconnu. Cette étude, nous a permis de comprendre : l'évolution des établissements au fil du temps et la place que les personnes atteintes de démence ont eue et ont encore dans la société ; les prises en charge actuelles et la configuration des lieux dans lesquels les personnes atteintes de démence sont accueillies aujourd'hui.

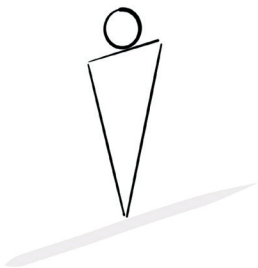
Ensuite, nous avons mené des observations et des entretiens *in situ*. Nous avons ainsi visité deux établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes atteintes de démence : *Les Charmettes* à Bernex (GE) et la *Résidence de la Rive* à Onex (GE). Aux *Charmettes*, nous avons pu nous entretenir avec la directrice et deux professionnels de la santé. Quant à la *Résidence de la Rive*, nous avons pu discuter avec la directrice ainsi que quatre professionnels de la santé. Nous avons complété ces observations et ces entretiens par des rencontres avec deux proches aidants dont les conjoints – diagnostiqués avant l'âge de la retraite – se trouvaient en établissement médico-social (EMS).

Grâce aux données que nous avons obtenues, nous avons pu procéder à une analyse des sources de tensions entre les divers protagonistes intervenant dans les EMS, soit : les soignants, les résidents et les visiteurs. Au vu de ces informations, nous avons entrepris de déterminer quels sont les éléments architecturaux nécessaires afin de réaliser un établissement qui puisse accueillir – de la manière la plus adéquate possible – les jeunes personnes atteintes de démence, durant les diverses phases de leur maladie.

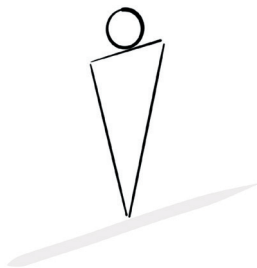
Bien que nous ayons rédigé ce travail en suivant une certaine logique qui nous est propre, il nous semble important qu'il puisse être lu dans le sens de préférence de celui qui l'a entre les mains. C'est pourquoi, à l'image du jeu de la *Grande Tour Arc-en-Ciel*, tout un chacun peut décider de le reprendre comme bon lui semble et ainsi créer une nouvelle tour avec les mêmes pièces initiales.

Afin de respecter la sphère privée des différents professionnels de la santé et proches aidants, nous avons anonymisé leurs données personnelles. Cependant, pour faciliter la lecture de notre travail, nous avons nommé les personnes venant du domaine du soin par des prénoms qui commencent par un « S » et les proches aidants par un « P ».

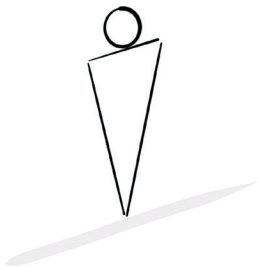
Interlocuteurs



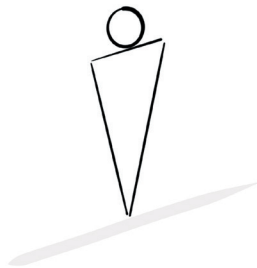
Pierre Bonnet
Architecte
Résidence de la Rive
Entretien du 13 octobre 2021



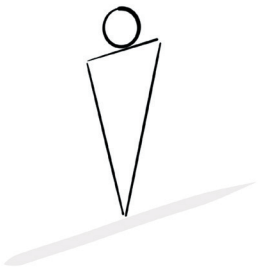
Mireille Adam Bonnet
Architecte
Résidence de la Rive
Entretien du 13 octobre 2021



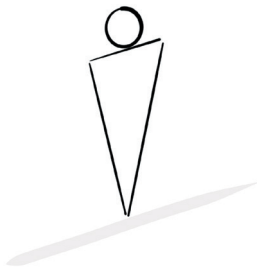
Mikaëla Halvarsson
Directrice
Les Charmettes
Entretien du 5 novembre 2021



Claire-Line Mechkat
Directrice
Résidence de la Rive
Entretien du 19 novembre 2021

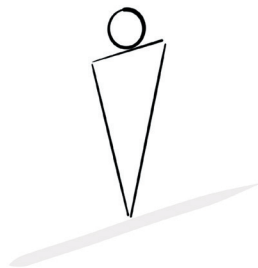


Sam*
Professionnel de la santé
Les Charmettes
Entretien du 21 novembre 2021

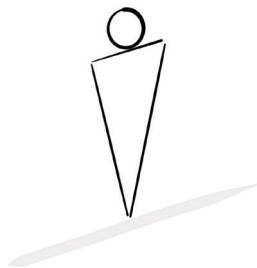


Sylvain*
Professionnel de la santé
Les Charmettes
Entretien du 21 novembre 2021

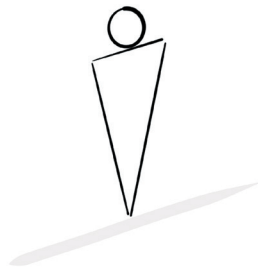
* Prénom d'emprunt



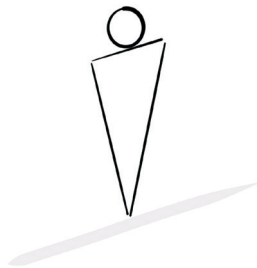
Sarah*
Professionnel de la santé
Résidence de la Rive
Entretien du 19 novembre 2021



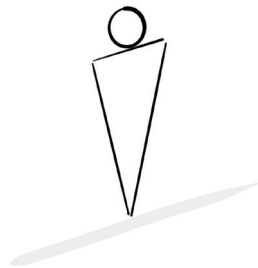
Solena*
Professionnel de la santé
Résidence de la Rive
Entretien du 19 novembre 2021



Saturnin*
Professionnel de la santé
Résidence de la Rive
Entretien du 19 novembre 2021



Sophiane*
Professionnel de la santé
Résidence de la Rive
Entretien du 19 novembre 2021



Paul*
Proche aidant
Entretien du 10 novembre 2021

Lexique

ASSC :	Assistant en soin et santé communautaire
CAT :	Centre d'accueil temporaire (Vaud)
CMS :	Centres médicaux-sociaux
Court séjour :	Séjour temporaire dans un établissement médicalisé (Vaud)
DAEMS :	Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois
DFT :	Démence fronto-temporale
EMS :	Établissement médico-social
EPSM :	Établissement psycho-social médicalisé
Jeune malade :	Personne diagnostiquée avant l'âge de la retraite
MSST :	Appel à des médecins et autres spécialistes de la sécurité au travail
OASD :	Organisations d'aide et de soins à domicile (Genève)
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OSAD :	Organisations privées de soins à domicile (Vaud)
SISM :	Semaines d'information sur la santé mentale
TNC :	Troubles neurocognitifs
UATR :	Unité d'accueil temporaire de répit (Genève)

L'architecture

Lors de la réalisation d'un lieu de soin, il est nécessaire de prendre en considération deux notions intimement liées : l'environnement – lui-même lié au concept d'affordance – et le *care*.

Le concept d'affordance a été défini par James J. Gibson, un psychologue américain. L'affordance – ou « prise » en français – cherche à expliquer ce qui pousse l'homme – ou l'animal de manière générale – à adapter son comportement au travers de la perception de ce que l'environnement offre comme potentialités d'actions. Les caractéristiques d'un objet ou d'un environnement suggèrent aux utilisateurs son mode d'usage¹. Par exemple, une personne qui souhaite boire de l'eau à une fontaine réagira à celle qu'il croise ; alors que dans le cas contraire, il passera devant sans s'y arrêter. L'environnement est construit au moyen d'éléments fixes – les murs, les dalles, les toitures –, semi-fixes – notamment le mobilier – et non fixes – regroupant la proxémique et la cinétique². Ces divers éléments permettent la construction, la personnalisation et la vie dans les lieux que nous habitons.

En parallèle à cet aspect architectural, il y a un aspect beaucoup plus humain qui est celui du *care*. Ce mot n'a pas été traduit en français, faute de terme approprié. En effet, il signifie autant l'inquiétude que la précaution, le problème précis pris en considération, l'acte des soins et sa délégation³.

Il s'agit donc là de deux notions qui nous influencent dans notre quotidien, dans nos relations autant spatiales qu'humaines.

Les personnes atteintes de démence, comme quiconque, ont une certaine sensibilité à leur environnement, peut-être même exacerbée aux vu des pertes auxquelles ils font face. Il semblerait cependant que leur cerveau ne perçoive et n'analyse pas l'environnement de la même manière que les personnes sans troubles cognitifs ; c'est pourquoi il peut arriver – comme le décrit Patricia avec son époux – que la présence d'une chaise puisse ne pas être comprise et que la personne trébuche contre elle. Cependant, malgré des moyens fragilisés, un environnement adapté leur est extrêmement bénéfique car il permet de soulager leurs angoisses et ainsi réduire la médication. Il peut par ailleurs arriver qu'une personne retrouve des capacités en étant placée en EMS. En effet, un cadre rassurant

¹ Textes réunis par JOSEPH, Isaac, Colloque de Cerisy, 1995. *Prendre place : espace public et culture dramatique*.

² RAPOPORT, Amos, 1990. *The meaning of the built environment : a nonverbal communication approach*.

³ IBOS, Caroline, [et al.], 2019. *Vers une société du care : une politique de l'attention*.

et réfléchi pour les personnes atteintes de démence permettra à certaines d’entre elles de retrouver la parole ou des expressions faciales – comme le raconte Sarah. D’autres seront à nouveau capables de retrouver leur chambre, grâce à la création de nouvelles habitudes, comme l’a relevé Pierre Bonnet. Toutefois, certaines habitudes peuvent rester ancrées chez les personnes, telles qu’une volonté de regarder le téléjournal le soir ; il sera alors nécessaire d’y répondre.

De plus, les fragilités de la mémoire induisent souvent une aphasie totale ou partielle. Il est alors nécessaire pour les soignants de trouver d’autres moyens de communication au travers, notamment du non verbal : il s’agit alors d’utiliser le regard, des sourires, des mimes ou encore des pictogrammes.

De manière générale, il faut éviter de stresser les personnes atteintes de démence et, pour ce faire, autant l’environnement que les soignants peuvent y contribuer en évitant toute mise en échec qui pourrait angoisser la personne. L’environnement doit donc être simplifié ; cela se traduit par une architecture simple.

Le maître mot afin de proposer une architecture adaptée aux jeunes personnes atteintes de démence est l’autonomie. En effet, grâce à elle, la qualité de vie des résidents est grandement améliorée.

Afin de comprendre les éléments qui aident à la réalisation d’un établissement adapté, nous avons pu analyser, au travers d’entretiens et d’observations réalisés *in situ*, un certain nombre de thèmes.

Évolution de la prise en charge et importance des familles

Pour commencer, avant même de pouvoir adapter un lieu de vie à une personne atteinte de démence, il est nécessaire qu’un diagnostic soit posé le plus vite possible afin de permettre une prise en charge adaptée et ainsi promouvoir au maximum son autonomie. Cependant, il n’est pas toujours aisé de l’obtenir.

Patricia a tout d’abord vu son époux perdre son travail et ne plus réussir à en garder un de manière stable. La famille a vécu une errance de quatre ans avec des suppositions de dépression et de burn-out, avant d’obtenir le bon diagnostic : Alzheimer.

Paul, quant à lui, a tout d’abord imaginé que son épouse avait développé une tumeur cérébrale, avant de finalement se tourner vers les troubles cognitifs.

Dans ces deux cas, c’est grâce aux proches, à la famille, qu’il a été possible de découvrir la maladie du proche aidé.

Le maintien à domicile est souhaité tant par les cantons de Vaud et de Genève que par les proches et les malades – car ces derniers s’y dégradent bien moins vite. Cependant, cette prise en charge est souvent très lourde pour les proches aidants, car arrive un moment où la dépendance de la personne aidée est telle qu’il y a la nécessité d’une aide externe omniprésente, au domicile, privant de ce fait la famille d’une certaine intimité. Avec la fatigue accumulée par la famille, il y a un fort risque de maltraitance involontaire. Dès lors, il devient impératif de placer la personne en établissement spécialisé. Malheureusement, comme le déplore Paul, il n’y a jamais un bon moment pour le faire ; il se fait bien trop souvent dans l’urgence. Cela empêche alors le choix d’un établissement vraiment adapté et agréable, autant pour le futur résident que pour sa famille qui souhaite lui rendre visite. Cela a été le cas pour Paul qui a placé son épouse dans un établissement qui était une ancienne demeure reconvertie et où ni l’architecture, ni le mobilier n’étaient totalement adaptés à la prise en charge de pathologies neurodégénératives.

Afin de procéder à ce déménagement, le plus en douceur possible pour le malade et pour ses proches, il peut être souhaitable que l'établissement propose différentes prises en charges temporaires comme un CAT ou des courts séjours. La personne peut alors mettre un premier pied dans l'établissement – un nouveau monde pour elle – et s'y accoutumer petit à petit. Ces accompagnements permettent autant aux proches aidants de souffler et de s'habituer à l'idée du placement, qu'à l'aide de s'y familiariser en douceur. De plus, l'établissement, afin d'aider à cette transition, doit donner envie de rester : autant par le personnel que par l'architecture et la décoration du lieu.

La période entre le diagnostic et le placement en établissement est un long processus d'adaptation et de familiarisation afin de permettre une prise en charge adaptée et continue tout au long de la maladie.

La présence de la famille est primordiale dès les tout premiers signes de la maladie et le reste lors du placement de la personne malade en établissement médico-social. En effet, elle permet au résident de garder un lien social avec son entourage. Ce sont également les proches qui vont faire le lien entre le résident – lorsqu'il ne peut plus s'exprimer clairement – et les soignants, concernant les questions médicales, ainsi que pour comprendre son parcours de vie.

Cependant, afin que les institutions puissent accueillir les familles, certains aspects doivent être pensés pour les aider. Tout d'abord, lors du placement, il ne faut pas oublier que la transition doit se faire tant pour le résident que pour sa famille. Ainsi, des accès aux visites plus privatisés peuvent être imaginés afin d'éviter une confrontation directe à la maladie des autres résidents. De plus, autant au début de l'institutionnalisation que plus tard, un espace intime doit leur être proposé afin de leur permettre de se regrouper et retrouver ainsi une image familiale.

Cette intégration de la famille dans les institutions apporte également une plus-value à ces dernières : un élan de vie. C'est ainsi que Paul, déguisé en père Noël, s'est retrouvé un 25 décembre à distribuer les cadeaux aux résidents. Au travers de cette animation, il a amené de la vie à tous les résidents de l'établissement.

Cependant, malgré une synergie importante entre familles et soignants, des tensions peuvent apparaître. Comme le raconte Sam, certaines familles contrôlent tout dans les chambres et viennent ensuite demander où sont passés certains habits – envoyés à la lessive. Il s'agit alors de pressions qui peuvent peser sur les soignants, qui risquent, petit à petit, de moins bien assumer l'accompagnement des résidents.

Agilité

Fig. 2 : (ci-contre) Canapé mis à part pour l'équilibre entre individualité et collectivité, *Les Charmettes*.



Bien que l'environnement doit pouvoir être changeant – comme présenté dans cette partie –, il est primordial que le personnel reste stable, afin de permettre une prise en charge personnalisée – liée également aux aspects intimes du soin. Le soignant, dans son comportement, doit s'adapter aux besoins des résidents, pour créer des liens avec eux et instaurer une confiance avec leur famille.

Afin d'accueillir les personnes tout au long de leur maladie, tout en prenant en compte la personnalité et les préférences de chacun, une agilité est requise dans l'architecture des établissements spécialisés. Cela permet d'essayer de répondre au mieux aux besoins et préférences des résidents, bien qu'il ne soit pas possible de correspondre parfaitement à tout le monde. C'est pourquoi, il est nécessaire d'avoir une multitude d'espaces différents, tels que des petits cafés ou des espaces collectifs qui puissent s'adapter aux divers besoins.

Ainsi, une personne ne voulant pas être en compagnie d'autres résidents – mais ne voulant pas rester pour autant seule dans sa chambre – peut, par exemple, aller se mettre dans un fauteuil, dans une niche, qui lui offre l'équilibre entre son souhait d'individualité et de collectivité. Ou encore, un futur résident ayant une très grande bibliothèque dont il ne voudrait pas se séparer, pourra être accueilli dans l'établissement avec ses livres, comme il le souhaite.

Cette agilité doit pouvoir se faire à plusieurs niveaux : dans la dimension d'un espace et de sa possible modification, dans les divers accès aux espaces et au mobilier ou encore dans l'aménagement intérieur.



Fig. 3 : (ci-contre) Le « montré-caché » : les vestes à disposition sont dans un espace visible, alors que les habits qui ne doivent pas être utilisés par les résidents sont rangés dans l'armoire blanche, *Résidence de la Rive*.

Dimensions

Afin de répondre aux besoins liés à l'établissement, les dimensions initiales des espaces doivent être réfléchies avec soin, autant pour le résident – qu'il puisse s'y sentir à l'aise – que pour le soignant – qu'il ait un lieu adapté aux soins qu'il doit prodiguer. Ainsi, il est nécessaire de prendre en compte les dimensions du matériel utilisé dans chaque espace – comme les chaises de soin dans la salle d'eau. Comme cela, le personnel soignant peut prodiguer les soins de manière optimale, pour lui et pour le bien-être des résidents. De plus, certains espaces doivent pouvoir être adaptés aux différentes activités proposées. Des parois amovibles permettent, par exemple, de regrouper deux espaces pour proposer des repas accompagnés des proches lors d'occasions particulières, ou encore des activités de danse. Comme l'a soulevé Paul – dont l'épouse se trouvait dans un lieu très exigu –, bien que les croisements pouvaient s'avérer difficiles dans les couloirs, le seul élément positif de cette étroitesse était que cela apportait le sentiment d'une atmosphère chaleureuse.

Montré-caché

L'agilité de l'architecture est également liée aux divers subterfuges proposés afin de garantir la protection des résidents vis-à-vis d'eux-mêmes. Ainsi, certains lieux ou éléments doivent leur être rendus inaccessibles. L'Atelier Bonnet Architectes a répondu à ce besoin au travers du concept du « montré-caché » : les éléments « montrés » s'adressent aux résidents, tandis que les éléments « cachés », qui pourraient les mettre en danger, s'adressent au personnel.

Ce concept peut être réalisé de diverses manières : par l'utilisation de couleurs – ce qui est en blanc se confond avec les murs blancs alors que ce qui est en couleur contraste avec ceux-ci –, par le mobilier intégré – perçu comme la continuité du mur par le résident – ou encore par l'aménagement des espaces avec des objets ou du mobilier – comme de disposer des plantes devant une porte donnant sur l'extérieur de l'enceinte de la résidence afin de la masquer et ainsi en dissuader l'utilisation sans pour autant en bloquer l'accès pour tout le monde.



Fig. 4 : (ci-contre) Utilisation de la couleur et d'un pictogramme pour indiquer les toilettes, *Résidence de la Rive*.

Fig. 5 : (page 48) Le mobilier est placé devant la fenêtre afin d'entraver la vision des résidents, *Les Charmettes*.

Fig. 6 : (page 49) La main courante placée devant la baie-vitrée évite aux résidents de s'y cogner, *Résidence de la Rive*.

Bien que les personnes atteintes de démence ne sont plus toujours capables d'analyser les couleurs, elles y sont toujours sensibles. Mikaëla Halvarsson a pu observer que les résidents s'asseyaient plus volontiers dans les fauteuils aux couleurs chaudes plutôt que ceux aux couleurs froides. Ainsi, l'utilisation de la couleur en suivant le principe du montré-caché suggère une accessibilité au résident, mais elle permet également de contraster avec des murs totalement blancs – qui créeraient une atmosphère hospitalière – et amener une atmosphère chaleureuse et familiale. Le montré-caché – au travers de l'utilisation de couleurs – offre également une orientation. En effet, l'attribution d'une couleur – et parfois de pictogrammes – aux portes de chambres, ou aux WC, crée un repère visuel afin que les résidents puissent plus facilement les identifier.

Les personnes atteintes de démence ont leur propre perception et analyse de l'environnement. C'est pourquoi, l'utilisation de mobilier intégré peut être adéquate, lorsqu'il est nécessaire qu'ils n'y aient pas accès. En effet, s'il se trouve dans la continuité d'un mur, il sera facilement confondu avec ce dernier.

Le montré-caché est également possible au travers d'objets entravant la vision, car tout comme avec l'utilisation d'éléments intégrés, la perception des résidents ne leur permet souvent pas de voir au-delà et évite ainsi de les mettre dans une impasse.

Le montré-caché est parfois utile afin de mettre en avant certains éléments : les vitrages – translucides – ne sont plus toujours perçus par les résidents qui risquent de s'y cogner ; il s'agit alors d'éléments cachés. Des éléments tels que des allèges, des gardes-corps ou encore du mobilier placé devant peuvent éviter les accidents, en aidant à leur lisibilité.

Cependant, il ne faut pas négliger le possible sentiment de frustration que pourrait générer la compréhension de ces subterfuges par le résident, si un accès et une utilisation lui sont exclus.





Fig. 7 : (ci-contre) Aujourd'hui, du mobilier ancien est utilisé dans les EMS afin de correspondre aux goûts des personnes âgées, *Les Charmettes*.

Personnalisation

Une agilité dans la personnalisation des espaces intérieurs est également nécessaire afin de permettre au résident de s'y sentir chez lui.

Les espaces communs – dont les gérants de l'établissement définissent le type d'aménagement – proposent actuellement des atmosphères anciennes, liées aux goûts des personnes âgées accueillies dans les établissements. Il est possible, lorsque la prochaine génération de résidents aura remplacé l'actuelle, que les goûts aient changé et qu'une évolution de l'aménagement soit nécessaire.

Cependant, les jeunes malades n'ayant pas les mêmes goûts et besoins que ceux plus âgés, il est important de leur proposer des établissements spécialisés dans leur prise en charge.

Autonomie et liberté

Fig. 8 : (ci-contre) Afin d'accéder aux Charmettes, il est nécessaire de faire un code au portail pour que ce dernier s'ouvre.



L'agilité – au travers des différentes formes présentées – permet d'aider à répondre à deux éléments fondamentaux – et intimement liés – dans la réalisation d'établissements médico-sociaux, et encore plus pour des personnes atteintes de démence qui ont des potentielles pertes de repères : l'autonomie et la liberté. Grâce à cela, les résidents ne se sentent pas enfermés, mais se trouvent dans un environnement leur amenant une sécurité vis-à-vis des pertes auxquelles ils font face tout en préservant leurs capacités restantes.

Dans les établissements spécialisés – et d'autant plus lorsqu'ils proposent des prises en charge temporaires –, il est nécessaire de prendre en compte les différentes capacités présentes des résidents selon les stades d'avancement de leur maladie de manière à favoriser leur autonomie. Lors du placement en établissement, il se peut qu'un résident ait encore de grandes capacités – pour se promener, faire la cuisine, etc. – et que ce ne soit que bien plus tard qu'il perde en grande partie son autonomie. Sam a, par ailleurs, raconté qu'un résident avait été accueilli alors qu'il possédait encore de nombreuses facultés et qu'il savait notamment s'orienter et se retrouver dans l'espace. Un traceur GPS lui avait alors été donné – en cas de nécessité – et un accord avait été passé afin qu'il puisse sortir librement de l'établissement, tout en lui imposant une heure limite de rentrée en milieu de soirée.

Cependant, en voulant favoriser au maximum l'autonomie et la liberté des résidents, il est nécessaire d'assumer le facteur de risques domestiques. Toutefois, afin de le réduire au minimum, une surveillance constante est requise. C'est pourquoi, il est nécessaire que les espaces soient prévus de manière à ce qu'elle puisse se faire.

De plus, à dessein de garantir la sécurité des résidents, l'établissement doit lui-même être sécurisé – afin d'éviter d'éventuelles fugues. Il est donc nécessaire de mettre en place divers accès contrôlés.

Fig. 9 : (ci-contre) La barrière est amovible pour que les personnes en ayant les capacités puissent être plus libres dans le parcours de leur promenade, *Résidence de la Rive*.



Dans l'établissement *Les Charmettes*, il est nécessaire de faire un code au portail, afin que ce dernier s'ouvre.

La *Résidence de la Rive* a placé un interphone auquel il est nécessaire de sonner afin que le secrétariat ouvre la porte. Une fois dans l'espace d'entrée, il faut encore passer une porte sécurisée afin d'arriver dans la « rue », lieu central des unités de vie.

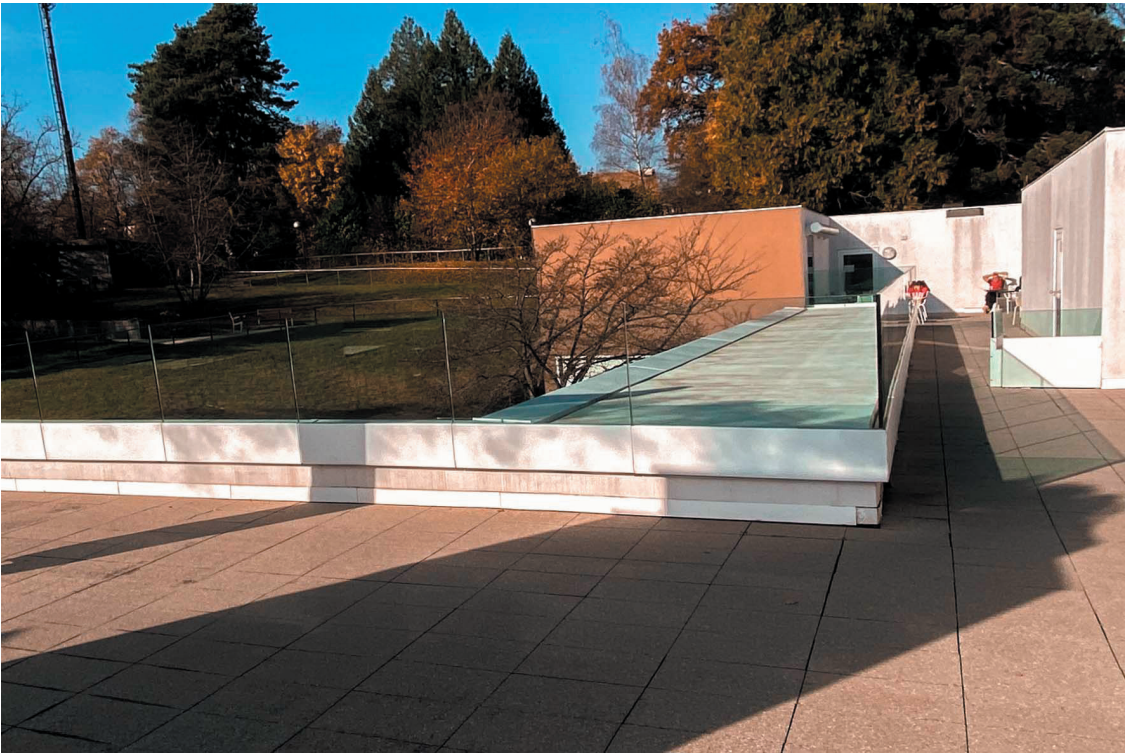
Cependant, malgré la fermeture de l'enceinte de l'établissement, il y a toujours un risque de fugue qui est, aujourd'hui, prévenu par la mise en place d'un traceur GPS sur les personnes susceptibles de partir. Cela permet alors de savoir si elles cherchent à s'enfuir et, dans le cas où elles réussiraient, pouvoir les retrouver plus aisément, avant qu'il ne leur arrive un malheur. Des subterfuges, tels que des arrêts de bus fictifs ou des restaurants au sein-même de l'enceinte protégée, permettent de leur faire croire à une possible échappatoire de ce monde de contentions, tout en les gardant en sécurité.

Au sein de l'établissement, cette autonomie et cette liberté sont favorisées notamment grâce à une accessibilité sélective, des espaces de déambulation lumineux, des dimensions adéquates ou encore un mobilier adapté.

Accessibilité sélective

L'accessibilité sélective est promue au travers de l'utilisation d'éléments ergonomiques et non ergonomiques tels qu'une poignée à levier ou une poignée à boule. Si la prise proposée n'est pas instinctive et évidente, une contention naturelle se fera. En outre, ces éléments peuvent représenter une évolution naturelle de la contention, au fur et à mesure de l'avancement de la maladie : une porte avec une poignée à boule sera peut-être analysée en début de maladie, mais, avec l'avancement de cette dernière, le mouvement ne sera plus naturel, empêchant ainsi son utilisation. L'accessibilité sélective peut donc se faire au travers des dispositifs d'ouvertures de portes ou de fenêtres, mais se retrouvera également sous d'autres formes.

Fig. 10 : (ci-contre) Si aucune prise n'est offerte au résident, il ne tentera pas d'utiliser l'objet, *Résidence de la Rive*.



Un établissement souhaitant promouvoir les allers et venues des habitants dans les différents espaces sans avoir à leur apprendre à utiliser un ascenseur – dont l'utilisation peut s'avérer complexe et ainsi réduire d'autant l'autonomie – privilégiera un bâtiment de plain-pied.

La *Résidence de la Rive* possède une terrasse à l'étage. Afin de permettre la plus grande visibilité sur l'extérieur, un garde-corps en verre – plus haut que la moyenne – a été installé. N'ayant pas de main courante, il n'offre aucune prise aux résidents qui ne vont ainsi pas essayer de l'escalader.

L'accès aux escaliers, dont la dangerosité évolue avec la maladie, peut être totalement dissimulé ou être rendu partiellement utilisable. Grâce à un accès sélectif, les personnes encore capables d'emprunter les escaliers voient alors leur autonomie préservée, tandis que celles pour qui cela représente un danger en sont protégées. Aujourd'hui, la mise à disposition d'un ascenseur est privilégiée, bien qu'il faille tout de même adapter et simplifier les boutons – si l'accès en est permis au résident – afin de préserver leur autonomie.

Un système d'ouverture adapté aux fenêtres évite les risques de chutes. Mikaëla Halvarsson racontait qu'un des résidents ne comprenant plus l'étage auquel il se trouvait et, ayant une porte-fenêtre en face de lui, souhaitait sortir dans le jardin – alors qu'il se situait au deuxième étage du bâtiment.

Finalement, l'accessibilité sélective – tout comme le montré-caché – risque d'amener une frustration si elle n'est pas adaptée en fonction de l'avancée de la maladie et des capacités de chacun.

Déambulation

Une fois que les risques liés à l'accessibilité sont pris en compte, il est nécessaire de se pencher sur une des principales caractéristiques comportementales liées aux démences : la déambulation. Les personnes atteintes de démence pouvant rapidement perdre leurs repères et leur

Fig. 11 : (ci-contre) Afin de promouvoir la déambulation des résidents ainsi que pour les inciter à faire demi-tour, il est nécessaire de placer des éléments attractifs le long du chemin, *Résidence de la Rive*.



orientation, il est utile d’avoir un environnement avec une orientation instinctive qui ne les mette pas en échec – comme des chemins continus en forme de huit, dans un jardin, permettant un retour constant au point de départ.

Pour permettre cette déambulation, mais également faciliter le repère dans l’espace, il est nécessaire de prendre en compte la luminosité, les couleurs et les dimensions de couloirs.

Une bonne luminosité – naturelle comme artificielle – au sein de l’établissement offre aux résidents une meilleure lisibilité de ce qui les entoure. Ainsi, leur équilibre en est amélioré et il leur est plus aisé de déambuler ; cela les aide également à se repérer dans l’espace. Cependant, il est important de faire attention aux risques d’éblouissements qui peuvent désorienter les résidents et leur donner un sentiment d’inconfort.

Comme énoncé précédemment, les personnes atteintes de démence ne sont plus toujours à même d’analyser les couleurs, bien qu’elles y soient sensibles. C’est pourquoi, afin de ne pas les mettre face à un échec, il n’est pas forcément recommandé d’utiliser des couleurs différentes en fonction des étages. En effet, suivant le stade de la maladie, il y a un risque certain que, dans le cas d’une confusion de l’accès à l’étage souhaité, les résidents ne comprennent pas ce qu’il se passe et soient totalement désorientés. De même, l’utilisation des couleurs au sol peut également restreindre l’autonomie des résidents, selon leur perception – par exemple, si le bleu est confondu avec de l’eau –, il leur sera impossible de marcher dessus.

Afin de répondre aux besoins des résidents, il est absolument impératif de leur permettre de se promener à leur guise, selon des chemins réfléchis au préalable. Cependant, comme le soulignent Mikaëla Halvarsson ou encore Pierre Bonnet, ces chemins ne fonctionnent pas s’ils ne sont pas ponctués d’éléments attractifs et stimulants. Afin de ne pas mettre les personnes face à des échecs, aucune impasse ne doit exister : les dimensions des couloirs doivent permettre d’effectuer un demi-tour ; des éléments – tels qu’un aquarium – judicieusement positionnés dans l’espace peuvent également inciter à faire ce même demi-tour. Cependant, du fait de la modification de la perception des dimensions par

les personnes atteintes de démence, il est nécessaire d’avoir des couloirs suffisamment larges pour se croiser, mais, en même temps, suffisamment étroits afin d’éviter de s’y perdre.

Mobilier

Le mobilier au travers de son poids et de son ergonomie peut également devenir un élément limitant l’autonomie : un meuble, entravant le passage des résidents, pourrait ainsi les empêcher de se promener comme bon leur semble.

De manière générale, lors des entretiens, il a été soulevé bon nombre de fois que le choix du mobilier était d’une grande complexité à cause des normes d’hygiène et d’incendie, du peu de choix d’éléments adaptés et du manque de design dans les réalisations de meubles. À la *Résidence de la Rive*, un mobilier adapté et contemporain a été choisi, alors qu’aux *Charmettes*, le choix d’un mobilier ancien a été privilégié. Dans les deux établissements, des fauteuils confort permettent aux résidents de faire la sieste dans les espaces communs, tout en étant confortablement installés.

Le mobilier doit tout d’abord répondre à certains besoins des résidents. Une première réflexion vis-à-vis du poids des objets peut être faite afin de proposer des éléments plus lourds s’ils ne doivent pas pouvoir être déplacés – comme les canapés – ou, au contraire, plus légers – comme les chaises. De plus, ils doivent être ergonomiques afin de permettre une lisibilité optimale de ceux-ci dans l’espace mais également aider à une utilisation naturelle.

L’épouse de Paul – dont les fauteuils dans l’établissement avaient une assise particulièrement basse – ne pouvait plus s’y asseoir car elle devait se laisser tomber en arrière pour y parvenir.

L’époux de Patricia – dont les chaises étaient très fines – n’arrivait plus à les analyser et ne les voyait même pas pour s’y asseoir.

Fig. 12 : (page 62) Type de mobilier privilégié par la *Résidence de la Rive*.

Fig. 13 : (page 63) Type de mobilier privilégié aux *Charmettes*.

Sylvain ajoute également qu’il est nécessaire d’avoir un mobilier solide, car les résidents – ne l’utilisant pas toujours correctement – l’abîment rapidement. Cependant, il souligne que le mobilier – s’il est ergonomique et réellement adapté aux différents stades de maladie – peut aider à préserver l’autonomie des résidents.

Aujourd’hui encore, les rideaux sont utilisés pour offrir une atmosphère chaleureuse. Cependant, la perception des personnes atteintes de démence étant biaisée, une confusion se crée et elles tendent à les confondre avec des écharpes ou encore du papier toilette. Il est alors nécessaire d’en poser des fixes. Toutefois, il faudra questionner l’importance de cet objet dans les foyers pour la prochaine génération de résidents.

Comme mentionné, le mobilier doit être ergonomique pour les résidents, mais il doit l’être tout autant pour les soignants. En effet, ces derniers le manipulent énormément pour aider les résidents dans leurs mouvements. Les soignants expliquent que les chaises doivent pouvoir glisser légèrement sur le sol afin de leur permettre de les tirer aisément lorsqu’un résident y est assis. Si le mobilier est trop lourd, ou si le frottement entre le revêtement de sol et le mobilier n’est pas optimal, il devient alors compliqué pour les soignants de réaliser les gestes souhaités sans se faire mal.

Une grande attention doit dès lors être portée sur l’aménagement intérieur pour promouvoir l’autonomie mais également pour offrir un bon environnement de travail. Un choix d’aménagement basique, simple et agréable est alors à privilégier. En effet, la complexité de l’environnement peut accentuer les difficultés des personnes atteintes de démence.

Cuisines

La cuisine est une pièce importante des foyers. Il s’agit d’un lieu fédérateur, tout comme la salle à manger. Ainsi, il est primordial de la retrouver dans les espaces de vie communs. Outre la représentation



Fig. 14 : (ci-contre) À la *Résidence de la Rive*, un choix de cuisine fermée a été privilégié afin de préserver les résidents de bruits dérangeants.



qu'elle revêt, son importance relève de son aspect sensoriel au travers de l'acte de cuisiner ou des diverses odeurs qui s'en échappent lors de la préparation des repas. Grâce à la mémoire sensorielle, il est possible de faire remémorer des souvenirs aux résidents ou de leur ouvrir l'appétit.

Aux *Charmettes*, un accès a été donné au frigo dans l'intention de permettre au résident qui a une fringale durant la nuit de se servir un en-cas. Les tiroirs – contenant des couteaux et autres objets dangereux – ainsi que les armoires en hauteur, sont rendus inaccessibles au moyen de serrures.

À la *Résidence de la Rive*, la décision architecturale a été prise de pouvoir fermer totalement la cuisine de manière à éviter un bruit dérangeant pour les résidents, lors de la mise en marche du lave-vaisselle, par exemple.

De plus, Solena soulève un problème d'ergonomie dans la cuisine. En effet, les éléments de rangement ainsi que le lave-vaisselle se trouvent particulièrement bas pour elle. A contrario, elle imagine bien que certaines armoires en hauteur – typiquement dans les salles de bain des résidents – puissent être difficiles à atteindre pour les soignants plus petits.

La cuisine est donc un espace qui offre nombre de possibilités en vue de maintenir les capacités des résidents : par l'aide à la préparation du repas, de la mise en place de la table, du service ou encore du rangement.

Salle d'eau

Les salles d'eau font partie intégrante du quotidien mais elles peuvent induire certaines difficultés en cas de troubles cognitifs. Au cours de la maladie, l'incontinence s'installe progressivement. Dans le dessein de promouvoir l'autonomie du résident jusqu'à cette échéance, un accès visuel aux toilettes – en tous lieux – est important. Celui-ci évite une angoisse du résident pour trouver les sanitaires lorsqu'il en a besoin et lui épargne un sentiment d'inconfort.

Fig. 15 : (ci-contre) Une baignoire est nécessaire dans une salle de bien-être afin de répondre aux différentes habitudes des résidents, *Résidence de la Rive*.



Les salles d'eau reliées aux chambres présentent certaines complexités. Généralement, on choisit d'intégrer la salle d'eau à la chambre dans le but de privilégier un regard direct sur les toilettes, cependant, si la personne ne gère plus l'utilisation des robinets, elle peut créer des inondations.

Une autre possibilité est de placer la salle d'eau à l'extérieur de la chambre ; cela évite une mise en échec dans le cas où la toilette est perçue négativement par le résident et qu'il associe la salle d'eau à la chambre. Cette solution, en revanche, présente un risque de réduction de l'intimité – dans le cas où la porte resterait ouverte, par exemple.

Lors de la réalisation de l'établissement, une réflexion doit être faite en vue de proposer une solution adaptée à tous les stades de la maladie. Les éléments promouvant l'autonomie du résident, et ceux le protégeant d'éventuelles mises en danger, sont adaptés. Ainsi, de petits rangements en hauteur peuvent être mis en place pour rendre certains objets inaccessibles, et des douches à l'italienne sont choisies de façon à supprimer tout seuil pouvant créer une insécurité au résident et lui permettre de s'occuper de son hygiène intime aussi longtemps qu'il le pourra.

Bien que les salles d'eau reliées aux chambres n'offrent que la possibilité de la douche, il est extrêmement important de proposer une baignoire, dans une salle spécifique. En effet, un certain nombre de personnes sont plus habituées aux bains qu'aux douches, sans compter que cela permet une plus grande détente pour le corps.

Activités et zoothérapie

L'autonomie des personnes atteintes de démence peut donc être favorisée au travers de divers éléments architecturaux, mais certaines activités sont également utiles. Tout d'abord, les personnes atteintes de démence ont besoin d'être valorisées. Ce n'est pas parce qu'elles n'ont plus les mêmes capacités qu'auparavant qu'elles deviennent inutiles. Les

propositions d’activités doivent évoluer en fonction de l’avancement de la maladie et des capacités de chaque résident.

Il est primordial de chercher à préserver autant que possible les capacités des personnes, tout en respectant leurs anciennes habitudes – telles que faire la lessive, cuisiner ou même faire le ménage. Il s’agit d’activités répétitives de la vie quotidienne qui permettent un maintien accru de l’autonomie. Les rôles des femmes et des hommes au sein du foyer, comme le souligne Claire-Line Mechkat, évoluent. En effet, il y a encore une cinquantaine d’années, il était inimaginable qu’un homme cuisine ou fasse la lessive, mais aujourd’hui – les habitudes ayant changé –, il peut s’agir d’une activité dont il a l’habitude et sur laquelle il est possible de se reposer pour l’aider à préserver ses capacités.

Les résidents ayant une fragilité de la mémoire compensent leurs pertes intellectuelles par le sensoriel. C’est pourquoi il est impératif de travailler avec tous les sens. Diverses propositions peuvent ainsi être faites.

La présence d’instruments de musique et de « bornes mélo » – permettant de diffuser de la musique – offrent une stimulation auditive. Les résidents peuvent autant jouer quelques notes de musique que choisir, dans la liste proposée, ce qu’ils ont envie d’écouter. De plus, comme dans les deux établissements visités, des personnes externes peuvent venir faire un petit concert ou encore passer un examen dans le cadre de cours de musique. Ainsi, un élan de vie est apporté au sein de l’établissement.

La présence de bancs dans certains lieux de passage permet aux résidents de critiquer ce qu’ils observent, car, comme l’a relevé Mikaëla Halvarsson, il s’agit d’un aspect fondamental de la nature humaine. De plus, le commérage aide à préserver certaines capacités, telles que le langage.

Les télévisions, souvent présentes dans les espaces communs, offrent une distraction visuelle et auditive. Solena met en avant cependant qu’elles doivent être employées avec parcimonie. Elles ne doivent pas représenter une solution de facilité pour occuper les résidents. Pour Sam,

Fig. 16 : (page 70) La présence d’instruments de musique offre la possibilité aux résidents de jouer une mélodie, *Les Charmettes*.

Fig. 17 : (page 71) Les « bornes mélo » sont des dispositifs permettant aux résidents de choisir la musique qu’ils ont envie d’écouter, *Résidence de la Rive*.

Fig. 18 : (page 72) Des bancs placés à l’entrée de l’établissement permettent aux résidents de s’y asseoir pour commenter ce qu’ils voient, *Les Charmettes*.

Fig. 19 : (page 73) La prise en charge des animaux par l’établissement implique d’acquérir certains objets, *Les Charmettes*.

l’utilisation de la télévision est limitée aux moments d’attente de repas – si le résident ne peut pas sortir de sa chambre – et les programmes visionnés doivent être choisis avec soin. En effet, les images et les sons qui s’en dégagent peuvent stresser ou apaiser les résidents.

Une autre activité est liée aux animaux de compagnie ; dans bon nombre de familles, ils tissent des liens forts avec leurs propriétaires, et leur offrent un effet thérapeutique. Ainsi, durant les entretiens, les divers protagonistes ont mis en avant leur importance dans les établissements médico-sociaux. Tout comme les exemples exposés précédemment, ils font appel à la mémoire sensorielle.

Aux *Charmettes*, la direction a pris le parti d’autoriser les résidents à emménager avec leur animal de compagnie. Cela apporte un certain bien-être autant aux résidents qu’aux soignants. Cependant, il ne faut pas négliger que lorsque les propriétaires ne sont plus capables de s’en occuper, c’est alors l’institution – notamment les soignants – qui doit prendre le relais. Cela peut donc amener une charge supplémentaire de travail qui peut devenir trop lourde pour certains soignants. C’est d’ailleurs pour cette raison que la *Résidence de la Rive* a pris la décision de ne pas accueillir les animaux de compagnie. Cependant, le contact avec des animaux étant bénéfique pour les résidents, l’établissement a décidé de faire venir régulièrement des animaux à des fins de zoothérapie. Ainsi, des liens peuvent se créer entre les résidents et les animaux afin de faciliter la communication du résident.

Quelles que soient les activités privilégiées par les résidents, il est très important qu’ils fatiguent physiquement leur corps. Grâce à cela, lors de la tombée du jour – moment plus angoissant dû à la baisse de luminosité – les personnes sont plus sereines : elles dorment mieux la nuit et nécessitent moins de médication.

Finalement, toutes les activités proposées induisent des aménagements intérieurs spécifiques. En effet, elles nécessitent toutes certains objets afin de pouvoir les mener à bien – telle que la présence de gamelles pour les animaux ou de la « borne mélo » pour la musique. Il est donc important de prendre en considération ces activités afin de proposer des espaces et des aménagements adéquats.







Fig. 20 : (ci-contre) Espace de la salle à manger dans une unité de vie, Les Charmettes.

Unités de vie – *Cantou*

Tout d’abord, la durée de la maladie est estimée, dès le diagnostic, entre sept à neuf ans⁴ et la durée moyenne de séjour des résidents en EMS se situe entre deux et trois ans⁵. Malgré le temps relativement court passé dans ces institutions, il est nécessaire qu’elles donnent un sentiment de « chez soi » aux résidents. Afin de créer cette atmosphère chaleureuse et familiale, les établissements – en particulier ceux spécialisés dans les démences – sont réalisés sur la base du *cantou* – ou unités de vie. Il s’agit d’un concept analogue à celui de la maison, au travers d’une architecture domestique offrant des espaces de vie communs, tels que la cuisine et le séjour. Entre huit et douze personnes sont accueillies par unité, ce qui permet de créer un lien plus familial entre les résidents et les soignants de l’unité, et d’offrir une individualisation de la prise en charge. Les résidents possèdent chacun leur chambre – par analogie à leur propre maison – et ils se retrouvent dans un espace commun – analogue à un quartier. Dans cet espace, la cuisine – pièce centrale et emblématique de nos habitations et de nos modes de vie actuels – revêt une importance particulière. Elle permet d’apporter une convivialité et un sentiment familial aux résidents, ainsi que de promouvoir les facultés au travers de senteurs qui peuvent s’en dégager. Finalement, un espace collectif pour toute la résidence – par analogie, celui-ci représente la place du village – est présent. Il y a donc une gradation des espaces et de leurs dimensions au sein de l’établissement, en fonction de leur degré d’intimité.

À la *Résidence de la Rive*, n’ayant pas eu la possibilité de réaliser l’établissement entièrement de plain-pied, le parti a été pris de réaliser les unités de vie à l’image d’un loft : alors que le salon, la cuisine et les espaces communs se situent au rez-de-jardin, toutes les chambres se trouvent à l’étage supérieur ; la vie se déroule donc au rez-de-jardin. Une cafétéria centrale, hors des unités de vie, permet de créer une centralité, un point de rencontre pour les habitants du « village ». Cela donne également aux résidents le sentiment d’aller en ville pour boire le café, au lieu de toujours rester enfermés au même endroit.

Dans l’établissement *Les Charmettes*, des unités de vie ont également été réalisées, mais, contrairement à la *Résidence de la Rive*, elles se développent sur un seul et même plan, mais à des niveaux

⁴ ALZHEIMER SCHWEIZ SUISSE SVIZZERA, 2019. Coûts des démences en Suisse, 2019. In : *Alzheimer Schweiz Suisse Svizzera* [en ligne]. 8 novembre 2019. [Consulté le 25 septembre 2021].

⁵ OFFICE FÉDÉRALE DE LA STATISTIQUE, 2021. Etablissements médico-sociaux. In : *Confédération suisse, bfs.admin.ch* [en ligne]. 13 décembre 2021. [Consulté le 15 décembre 2021].



Fig. 21 : (ci-contre) La « rue » : espace commun à toute la résidence, *Résidence de la Rive*.

différents. Plusieurs lieux y sont offerts afin de profiter de l'idée de la place du village, comme un restaurant ouvert à tous.

L'unité de vie est un concept architectural très apprécié qui permet d'avoir une architecture à taille humaine ; comme Mikaëla Halvarsson le souligne, lorsqu'il s'agit de démences : moins on est, mieux c'est. De plus, Claire-Line Mechkat insiste sur le fait que la petite dimension des unités permet une présence beaucoup plus forte des soignants auprès des résidents que dans les établissements socio-hôtelières usuels. Ces unités offrent également une vie en collectivité au travers des divers espaces communs.

Aménagement

Bien que l'espérance de vie dans ces établissements soit limitée, il est nécessaire d'offrir aux résidents une bonne qualité de vie. Pour ce faire, l'établissement doit être chaleureux et offrir une atmosphère familiale, non pas uniquement au travers de l'ambiance créée par le personnel, mais également au travers de la luminosité et de la personnalisation du lieu grâce aux choix d'aménagements.

La lumière est nécessaire à des fins d'orientation mais également pour la création d'une atmosphère au sein d'un espace.

La lumière naturelle apporte énergie et vitalité. C'est pourquoi elle est si importante dans les établissements médico-sociaux. Autant pour Pierre Bonnet que pour Emmanuel Périnet-Marquet, les fenêtres revêtent une grande importance.

La lumière artificielle a tout autant d'importance aux moments de la journée où le soleil n'est pas suffisamment présent. Celle-ci doit être adaptée autant dans sa couleur – pour éviter une atmosphère froide et rigide – que dans l'aspect du luminaire. Si les abat-jour sont choisis avec soin, ils apporteront alors un aspect chaleureux supplémentaire à l'espace, dans le cas contraire, un ressenti beaucoup plus froid et impersonnel s'en dégagera.



Fig. 22 : (ci-contre) Il y a une grande présence d'éléments décoratifs qui engendrent une atmosphère chaleureuse, *Les Charmettes*.

Le mobilier choisi dans les espaces communs a pour vocation de créer une ambiance domestique. Celui-ci doit en outre correspondre aux goûts des résidents, car, bien que s'exprimant de manière inhabituelle, ils ont toujours des préférences qu'il faut prendre en compte. Certains éléments – tels qu'une cheminée, un piano ou des plantes – sont des représentations du foyer.

Une vraie cheminée à bois a été choisie à la *Résidence de la Rive* – apportant chaleur, sons et odeur – alors que des cheminées à eau ont été privilégiées aux *Charmettes* – apportant sécurité et maniabilité. Elles amènent une atmosphère conviviale et familiale. Bien sûr, le choix de la cheminée influence le ressenti des résidents. En effet, même s'ils ne sont plus capables d'analyser l'objet, l'odeur de bois brûlé – si une véritable cheminée est privilégiée – qui s'en dégage offre tout de même une stimulation.

De nombreux pianos sont présents aux *Charmettes*. Ils offrent aux résidents la joie de s'y asseoir et d'y jouer une mélodie, comme le raconte Sam. Bien que ce ne soient que quelques notes – peut-être un peu décousues –, elles apportent une ambiance et une stimulation pour tous les résidents.

Les plantes sont également utilisées pour personnaliser l'espace. Elles doivent cependant être non toxiques afin d'assurer la sécurité des résidents, s'ils venaient à les consommer.

Chambres

La chambre est un espace particulièrement important car il s'agit du seul lieu que le résident peut aménager selon son désir grâce à des éléments de décorations – des photographies, des tableaux, etc. – et des meubles de taille raisonnable – afin de ne pas encombrer l'espace et rendre les soins difficiles à prodiguer. Il s'agit de l'espace le plus individuel et privatif proposé par le concept du *cantou*. Par ailleurs, afin de privilégier la vie dans les espaces communautaires, la chambre possède de relativement petites dimensions. De plus, selon la volonté des résidents, certains peuvent souhaiter une chambre double ou une



Fig. 23 : (ci-contre) Les entrées des chambres ont un espace de dégagement pour les privatiser. De plus, des couleurs sont utilisées afin de faciliter l'orientation des résidents, *Les Charmettes*.

chambre individuelle. Il s'agit souvent d'une question complexe, la famille et le résident n'exprimant pas toujours le même avis. Il se peut en effet que pour certaines personnes, une présence les rassure, en particulier la nuit, une période qui peut être angoissante.

La chambre est l'analogie de la maison selon le concept des unités de vie. Afin de renforcer cette analogie, un espace de dégagement devant la porte privatise son entrée. De plus, bien que la lecture et la lisibilité d'une image ne se fassent plus à partir d'un certain stade de la maladie, des photographies et le nom du résident sont souvent collés sur la porte. Du reste, certains établissements fournissent une clé aux résidents – avec laquelle ils peuvent ouvrir ou fermer leur chambre depuis l'extérieur – afin de permettre une appropriation et un sentiment d'autonomie supplémentaire.

La chambre, selon son emplacement par rapport au lieu de vie, peut encourager l'autonomie ou la restreindre. En effet, si elle se trouve à un étage différent, les résidents, dont la mobilité est restreinte, ne peuvent alors pas aller et venir entre le lieu de vie et leur chambre. Bien que les chambres sur un autre niveau induisent une charge supplémentaire pour les soignants – qui doivent accompagner les résidents lorsqu'ils souhaitent changer de niveau –, elles permettent d'éviter bon nombre de visites imprévisibles ainsi que des emprunts d'affaires non souhaités entre les différents résidents. A contrario, les chambres de plain-pied permettent une plus grande autonomie des résidents qui peuvent alors y entrer et en sortir comme bon leur semble et accéder de manière simple et naturelle au lieu de vie commun.

Les chambres sont plus difficiles à surveiller pour les soignants ; une vision continue n'étant pas possible. C'est pourquoi des éléments comme les tapis de sécurité munis de détecteurs sont posés au pied du lit, en particulier la nuit, dans l'intention de savoir si le résident se lève.



Fig. 24 : (ci-contre) Le revêtement des murs est adapté à un entretien facilité alors que celui de sol apporte une atmosphère chaleureuse, *Les Charmettes*.

Architecture

Dimensions

Les dimensions générales d'un établissement, ainsi que le nombre de résidents accueillis, sont d'une grande importance. En effet, si elles sont trop grandes, une certaine anonymisation se créera, et ce malgré la réalisation d'unités de vie. De plus, les résidents perdant leurs capacités physiques, la réalisation de l'établissement doit prendre en compte les besoins des personnes à mobilité réduite, autant dans les dimensions que dans l'aménagement des différents espaces.

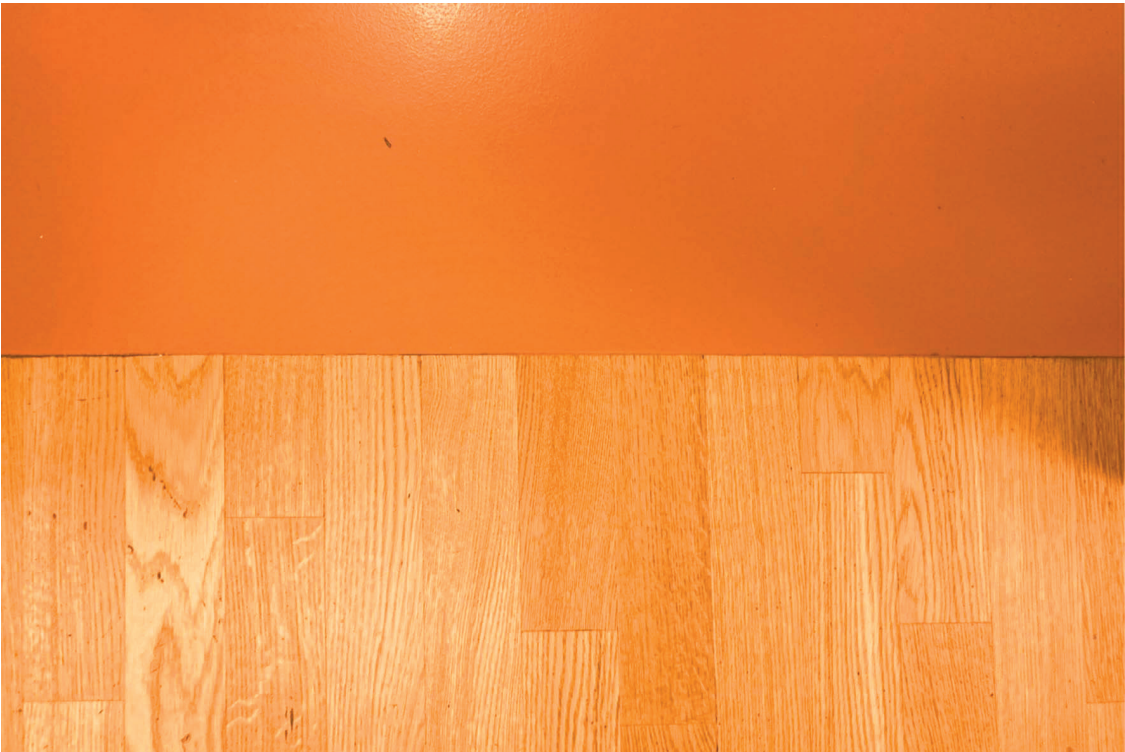
Matérialité / revêtements

La matérialité revêt une importance certaine dans le ressenti de l'atmosphère, mais également dans la sécurité pour les résidents.

Aux murs, le revêtement adapté et demandant peu d'entretien est le plâtre peint ; un revêtement rugueux induirait des risques de blessures. Par contre, aux *Charmettes*, un linoléum mural, d'une hauteur d'un mètre environ, a été privilégié dans les endroits les plus susceptibles de s'abîmer rapidement – comme vers les lits. Celui-ci offre également une protection lorsque, par exemple, certains résidents – persuadés d'être aux toilettes – urinent contre les murs.

Aux sols, un linoléum ou un parquet ne dégage pas la même chaleur, ni la même atmosphère. De manière générale, le linoléum évoque les hôpitaux, alors que le parquet reste un revêtement de sol très employé dans les foyers. C'est pourquoi autant à *La Résidence de la Rive* qu'aux *Charmettes*, un parquet en bois massif a été privilégié. Pour le résident qui aime marcher pieds nus ou s'allonger sur le sol, le ressenti n'est pas le même selon les revêtements utilisés. Cependant, le parquet a un désavantage notable lié à son entretien. Saturnin a par ailleurs relevé qu'il voit très régulièrement le personnel d'entretien le cirer. S'il n'est pas

Fig. 25 : (ci-contre) Les couleurs de revêtement au sol doivent aider à favoriser l'autonomie des résidents, *Les Charmettes*.



posé et traité correctement, lorsqu'une personne urine ou fait tomber une boisson par terre, des infiltrations ont lieu, ce qui dégage rapidement de fortes odeurs, comme a pu le vivre Patricia dans l'établissement où son époux résidait. Afin d'allier l'atmosphère et la facilité d'entretien, il serait intéressant de voir si un revêtement imitant le motif d'un parquet offrirait les mêmes bénéfices qu'un véritable revêtement en bois.

Les sols, outre les questions de revêtements, doivent également être antidérapants pour que les résidents et les soignants puissent se déplacer sans risques de chute. En particulier dans les WC et salles d'eau, il est d'autant plus important que la qualité du revêtement soit optimale afin que, lorsque le sol est mouillé, les risques de glissades soient réduits au minimum.

Tout comme à l'intérieur, la matérialité du sol à l'extérieur est importante. Celle-ci doit être réfléchie afin que les personnes qui tombent ne se fassent pas mal. À la *Résidence de la Rive*, un sol en béton granuleux a été choisi. Cependant, bien qu'il soit peut-être adapté pour les promenades, il n'est pas idéal lorsque des personnes sont assises sur les chaises et que les soignants doivent tirer celles-ci pour les aider à se lever.

Outre la matérialité, les changements de couleurs revêtent une grande importance car ils peuvent perturber grandement certaines personnes atteintes de troubles cognitifs. Ainsi, passer du séjour à la salle d'eau peut être une barrière psychologique, si les sols sont respectivement bruns et bleus. La perception étant biaisée, un sol bleu est associé à de l'eau, élément sur lequel il n'est pas possible de marcher.

Finalement, entre les différents espaces, des seuils doivent être franchis. Ceux-ci ne sont parfois pas visibles au sol car une continuité du revêtement est réalisée. D'autres fois, au contraire, la matérialité du sol change, typiquement pour les salles d'eau. Cependant, lorsque le lieu doit être adapté aux personnes atteintes de démence, il est nécessaire que la transition se fasse de la manière la plus douce possible. En effet, un ressaut peut amener des difficultés aux résidents : même d'un millimètre, il peut être perçu comme un obstacle infranchissable ou amener une certaine difficulté de passage lors de l'utilisation d'un déambulateur.



Fig. 26 : (ci-contre) Les fenêtres des chambres ne peuvent s'ouvrir qu'en imposte. La ventilation se fait donc de manière mécanique, *Résidence de la Rive*.

Chauffage et ventilation

Afin de garantir une température et une ventilation adéquate, autant pour les résidents que pour les soignants, il convient de réfléchir au meilleur système.

À la *Résidence de la Rive*, un chauffage au sol a été choisi, ce qui implique non seulement que les soignants ont chaud, mais que ça fait également gonfler les pieds de toutes les personnes qui y marchent quotidiennement de nombreuses heures. Toutefois, il s'agit d'une solution qui permet aux résidents – pouvant marcher pieds nus ou en chaussettes – de ne pas attraper froid.

Dans les chambres, il est commun de ne pouvoir ouvrir la fenêtre qu'en imposte. Une ventilation naturelle ne peut donc pas se faire de manière optimale. Un système de ventilation mécanique doit être mis place.

Espaces de service

Dans le dessein de permettre un accès à des services extérieurs à l'établissement – tels que des livraisons, les urgences, l'entretien des espaces extérieurs, etc. –, une entrée séparée et sécurisée est nécessaire.

Au sein même de l'établissement, certaines salles sont importantes telles que les vidoirs, les locaux propres / sales, mais également des espaces pour les résidents comme une salle bien-être – avec une baignoire sèche – ou des lieux de services destinés aux résidents, tel qu'un salon de coiffure.

Les ascenseurs, un élément de circulation très employé par les soignants avec des personnes en chaises roulantes, nécessitent des dimensions adaptées afin d'en faciliter l'utilisation.



Fig. 27 : (ci-contre) Espace dédié aux soignants, *Résidence de la Rive*.

Finalement, afin de pouvoir fonctionner, un établissement médico-social doit être géré administrativement. C'est pourquoi il est nécessaire de prévoir un certain nombre de bureaux.

Soignants

Les établissements médico-sociaux sont, avant tout, adaptés aux résidents. Cependant, ce ne sont pas les seules personnes concernées, il y a aussi les soignants.

Les soignants – dont l'institution est le lieu de travail – prodiguent un meilleur accompagnement si le lieu leur est également adapté et qu'ils s'y sentent bien. Étant donné les nombreuses heures de travail et les nombreux pas effectués quotidiennement, une coupure pendant leurs heures de pause est bénéfique. Cependant, les lieux de pause communs ne sont pas toujours appréciés. En effet, Solena et Saturnin relèvent que, bien qu'une salle leur soit dédiée afin de se couper totalement des résidents, ils se retrouvent avec leurs collègues et continuent à parler du travail. C'est pourquoi ils privilégient d'aller dans leur voiture ou dans un parc voisin, pour se ressourcer. Par ailleurs, lors de notre visite aux *Charmettes*, nous avons pu constater qu'un soignant avait choisi de faire sa pause dans le lieu de recueillement, plutôt que dans la salle prévue à cet effet, du fait qu'il s'agisse d'un lieu particulièrement calme.

Un espace subdivisé en une multitude de chambrettes, de façon que chacun puisse se retrouver seul, pourrait ainsi offrir aux personnes qui en ont besoin une coupure totale avec le monde extérieur.

Les EMS, bien que dédiés aux soins, nécessitent également des espaces qui ne sont pas directement dédiés aux résidents, tels que des salles de conférences ou de réunions. Ces espaces permettent aux soignants et à leurs supérieurs de se retrouver en vue de discuter de certaines difficultés auxquelles ils font face, que ce soit dans la prise en charge des résidents ou des problèmes avec les familles.

Un lieu pour la préparation des médicaments à administrer est également indispensable. Ce travail doit se faire avec la plus grande attention afin d’éviter de commettre des erreurs, c’est pourquoi il est impératif de prévoir un lieu totalement isolé des résidents.

Pour finir, comme le relèvent Patricia et Paul, ce sont les soignants qui peuvent rendre un établissement véritablement bien. Une stabilité du personnel est alors à privilégier, dans l’intention de permettre un meilleur accompagnement pour les résidents, mais également pour créer une relation de confiance entre la famille et l’institution. Les proches aidants racontent par ailleurs que lors de leurs visites, ils ont plus de rituels avec les soignants qu’avec leur proche malade.

Jardins et espaces extérieurs

Les espaces extérieurs offrent une liberté et un espace de déambulation supplémentaire pour les résidents. La nature étant apaisante, un jardin leur permet un ressourcement et leur apporte une bouffée d’air frais.

Dans le dessein de garantir la sécurité des résidents, un choix éclairé de plantes non toxiques et non piquantes doit être étudié. De plus, les sols doivent être antidérapants pour éviter les risques de chute, et une main courante continue est nécessaire afin d’offrir une prise aux promeneurs et les aider dans leur promenade. De plus, de petits éléments tels qu’une barrière amovible menant à quelques marches offrent différents jeux de parcours en fonction des capacités de chacun. Un parcours sensoriel et un petit potager peuvent également être mis en place afin de proposer une activité extérieure aux résidents.

Ces espaces, de façon à préserver l’autonomie des résidents le plus longtemps possible, peuvent être dotés de WC visibles et accessibles en tout temps. Ainsi, le rappel visuel se fait également à l’extérieur du bâtiment.

Fig. 28 : (page 92) Espace extérieur aux Charmettes.

Fig. 29 : (page 93) Espace extérieur à la Résidence de la Rive.

La mise en place de chalets ou petits espaces fermés offre un sentiment de « sortie au restaurant ». Il s’agit d’un subterfuge qui offre au résident le sentiment d’une plus grande liberté.



Un établissement pour les jeunes malades

Les jeunes personnes atteintes de démence ont également besoin d'un espace qui leur soit adapté. Bien que les symptômes de la maladie et son évolution soient similaires à ceux des personnes âgées, certains besoins ne sont pas les mêmes. De manière générale, les soignants, les directrices et les proches aidants s'accordent pour dire que la condition physique et l'intégration sociale sont les deux éléments à prendre particulièrement en compte lors de la prise en charge de personnes jeunes. Une bonne prise en charge ralentit l'évolution de la maladie chez ces personnes.

De plus, leurs goûts n'étant pas les mêmes que ceux des personnes plus âgées, la personnalisation et la décoration du lieu doivent leur être adaptées. Il s'agit par exemple de l'utilisation de mobilier plus récent. Les goûts liés à la musique ou encore à la nourriture peuvent également diverger. Avoir un établissement spécialisé pour les jeunes malades permettrait alors d'adapter ces éléments à ces derniers.

Il est également bon de noter que les capacités physiques étant significativement meilleures que chez les personnes plus âgées, il serait intéressant de réfléchir à l'aménagement d'un espace d'activités physiques dans le but de maintenir une bonne musculature.

Les normes

Les réglementations liées aux constructions de nouveaux établissements médico-sociaux dans les cantons de Vaud et de Genève sont très semblables, et adaptées aux personnes âgées qui ne présentent pas nécessairement de troubles cognitifs. Pour ce chapitre, nous nous basons sur :

- les Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS) de 2019 (Vaud),

- les Directives en matière de programme des locaux des établissements médico-sociaux de 2018 (Genève),
- les Mesures constructives pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux de 2013,
- SIA 358, Les garde-corps,
- SIA 500, Constructions sans obstacles.

Les normes et recommandations – grandement basées sur une rationalité économique^{6,7}, – spécifiques aux établissements médico-sociaux sont adaptées prioritairement aux personnes âgées, qui font, en général, partie de la catégorie de la population visée par de tels lieux. Les personnes jeunes atteintes de démence n’ont ainsi pas forcément les mêmes besoins et les mêmes difficultés, liées par exemple à une présence accrue des familles. Un placement en établissement – par ailleurs souhaitable plus tôt que ce qu’il se fait aujourd’hui – permet de préserver le malade et ses proches. Cela implique, entre autres, qu’un lieu d’accueil est nécessaire pour les familles. En outre, il est toujours utile de prendre en considération les différents stades de la démence afin que le bâtiment soit adapté durant toute l’évolution de la maladie.

Chambres

Aujourd’hui la surface nette minimale autorisée pour une chambre individuelle est de 18 m², avec une largeur minimale de 3.20 mètres. Celle-ci doit notamment offrir un espace de vestibule, de sommeil, de séjour et de rangement^{8,9}. La superficie proposée permet une personnalisation de la chambre par le résident, mais procure également une place suffisante afin que les soins puissent y être réalisés. Souvent, les établissements défendent le choix d’une petite chambre afin d’encourager les résidents à se retrouver dans les espaces communs.

Le mobilier choisi, autant par l’établissement que par le résident, ne doit présenter aucun angle tranchant ou arête vive pour prévenir les

accidents, mais également d’éventuelles blessures liées à une abstraction ou un manque d’analyse des éléments¹⁰.

En acceptant une dimension plus généreuse de la chambre, cela offre la possibilité aux familles de s’y réunir. Il est ainsi possible de créer un espace réellement familial et intime pour que la vie de famille puisse continuer. La chambre permet au résident, lorsqu’il commence à perdre ses repères, d’être maintenu dans un environnement dans lequel il est à l’aise et entouré de ses affaires, au lieu de se trouver dans une salle impersonnelle pouvant accueillir toutes sortes d’événements.

Sanitaires

Les mesures pour la prévention des chutes proposent l’utilisation d’un revêtement de sol pour l’espace de douche présentant une couleur et un contraste différent du reste de la pièce, afin de reconnaître plus facilement cet élément. Les éléments de sanitaires doivent également présenter un contraste avec le sol et les murs de l’espace. Quant aux toilettes, il est recommandé de ne pas les placer face à la porte afin de préserver l’intimité de la personne au cas où la porte ne serait pas fermée¹¹.

La sensibilité des personnes atteintes de démence est accrue, ce qui accentue la mémorisation des mauvaises expériences. De plus, comme nous l’avons vu précédemment, les soins peuvent devenir pénibles pour le résident qui ne peut plus s’en occuper seul. Ainsi, une association d’émotions risque de se créer en lien avec ce lieu.

Les toilettes, placées de manière usuelle, permettent en effet une préservation de l’intimité de la personne, tout à fait souhaitable dans les espaces communs. Cependant, dans l’espace privé, il est souhaitable de réfléchir à une vision directe de l’objet depuis la chambre de manière à rappeler à la personne malade la possibilité de l’utiliser.

⁶ DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L’ACTION SOCIALE, 2019. Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS). In : *Site officiel État de Vaud* [en ligne]. 10 mars 2019. [Consulté le 10 décembre 2021].

⁷ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2020. Directive en matière de programme des locaux des établissements médico-sociaux (EMS). In : *République et canton de Genève, ge.ch* [en ligne]. 6 février 2020. [Consulté le 10 décembre 2021].

⁸ DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L’ACTION SOCIALE, 2019. *op. cit.*

⁹ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2020. *op. cit.*

¹⁰ BPA - BUREAU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS, 2019. Mesures constructives pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux. In : *bfu, bpd, upi* [en ligne]. 16 novembre 2019. [Consulté le 10 décembre 2021].

¹¹ *Ibid.*

L'espace commun

Les recommandations pour l'espace de salle à manger attribuent une surface de 2.50 m² par résident. Celle-ci est calculée afin de pouvoir recevoir quelques visiteurs en sus des résidents de l'établissement.

Une salle à manger commune de grande taille permet aux résidents recevant de la visite, de manger en compagnie d'autres familles également présentes. Ainsi, une nouvelle communauté et sociabilisation se crée au sein du lieu de vie. De plus, une stimulation se crée au travers de la présence de visiteurs, pour tous les résidents.

Les fenêtres et ouvertures

Dans les différentes directives et recommandations, une grande importance est attribuée aux ouvertures et à la lumière¹². Il s'agit d'éléments qui apportent une sécurité aux résidents en leur offrant une lisibilité adaptée. Il faut cependant éviter les risques d'éblouissement et de brillance sur les sols, mais il faut également que les dimensions et l'emplacement des différentes ouvertures soient suffisantes afin d'éviter la désorientation et les risques de chute¹³. Les ouvertures doivent offrir une visibilité extérieure aux personnes, qu'elles soient couchées, assises ou debout^{14,15}. Selon la hauteur de l'allège, un garde-corps est nécessaire afin de prévenir les accidents. Il est alors recommandé de le réaliser en verre – translucide –, de façon à préserver une vision sans entrave sur l'extérieur.

Toutefois, les personnes atteintes de démence analysent leur environnement différemment et, lorsqu'elles se retrouvent face à une vitre, peuvent ainsi s'y heurter. Il est donc nécessaire de réfléchir en particulier aux garde-corps en verre qui ne sont alors pas perçus correctement par ces personnes. Une main courante doit obligatoirement être réalisée lorsqu'un garde-corps est posé¹⁶.

¹² BPA - BUREAU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS, 2019. *op. cit.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE, 2019. *op. cit.*

¹⁵ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, 2020. *op. cit.*

¹⁶ BPA - BUREAU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS, 2019. *op. cit.*

Lors de l'ouverture des fenêtres, il peut être adéquat qu'un résident puisse l'ouvrir en imposte, mais dangereux d'en offrir une ouverture complète. Ainsi, il est important de réfléchir aux potentiels d'actions et aux prises offertes aux personnes présentes, afin de réduire les risques d'accidents sans pour autant limiter leur autonomie.

Si le concept de l'accessibilité sélective est mis en place, il faut choisir les lieux où se trouvent, ou non, les mains courantes de manière à permettre, ou à empêcher, le résident d'aller quelque part.

Inscriptions / signalétique

Il convient d'indiquer clairement – en face de l'ascenseur ou de la cage d'escaliers – l'étage où l'on se situe. Cela doit être réalisé de manière claire et lisible, voire même au travers d'une annonce vocale lors de l'utilisation de l'ascenseur¹⁷.

La mise en évidence de l'étage auquel sort le résident peut être adaptée pour favoriser l'orientation d'une personne ne présentant pas de troubles cognitifs. Cependant, dans le cas inverse, cela peut renforcer sa désorientation et même induire une mise en échec. En effet, les capacités sont réduites mais, si la personne se rappelle du numéro de l'étage auquel elle doit sortir, se tromper peut la déstabiliser et la mettre dans une profonde confusion. Il est alors plus adéquat de proposer une décoration similaire entre les étages, et, lorsqu'une personne se perd, le personnel soignant la ramène en douceur dans son lieu de vie.

Salle de sport

Les diverses documentations relatives à la construction d'établissements médico-sociaux ne prennent pas en compte la possibilité de la construction d'une salle de sport. Cela s'explique facilement au vu de la condition physique des personnes visées par ces directives. Les capacités physiques des plus jeunes personnes sont bien meilleures

¹⁷ BPA - BUREAU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS, 2019. *op. cit.*

que celles des personnes plus âgées. C’est pourquoi il est important de considérer un espace spécifique afin de promouvoir leur autonomie physique. Les éléments pourraient autant se répartir dans les divers espaces de l’établissement que réunis dans une seule pièce.

Les soignants

Les directives cantonales relatent bon nombre d’éléments relatifs aux résidents ou au bon fonctionnement technique d’un établissement médico-social – tels que les vidoirs ou encore les salles de linge propre ou linge sale – mais ne prennent guère en considération les besoins qu’ont les soignants d’avoir un lieu de travail adapté. Il est donc important de réfléchir aux différents éléments pour le bien-être autant du résident – et de sa famille – que du soignant.

Bibliographie et iconographie

Livres

IBOS, Caroline, DAMAMME, Aurélie, MOLINIER, Pascale, PAPERMAN, Patricia, 2019. *Vers une société du care : une politique de l'attention*. Paris : le Cavalier bleu. Idées reçues.
ISBN 979-10-318-0372-2

Textes réunis par JOSEPH, Isaac, Colloque de Cerisy, 1995. *Prendre place : espace public et culture dramatique*. Paris : Editions Recherches - Plan urbain, 1995.
ISBN 978-2-86222-029-1

RAPOPORT, Amos, 1990. *The meaning of the built environment : a nonverbal communication approach*. Tucson : University of Arizona Press.
ISBN 978-0-8165-1176-1

Sites internet

ALZHEIMER SCHWEIZ SUISSE SVIZZERA, 2019. Alzheimer : causes et symptômes. In : *Alzheimer Schweiz Suisse Svizzera* [en ligne]. 3 juin 2019. [Consulté le 15 décembre 2021].
Disponible à l'adresse : <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/alzheimer-causes-et-symptomes>

OFFICE FÉDÉRALE DE LA STATISTIQUE, 2021. Etablissements médico-sociaux. In : *Confédération suisse, bfs.admin.ch* [en ligne]. 13 décembre 2021. [Consulté le 15 décembre 2021].
Disponible à l'adresse : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablisements-medico-sociaux.html>

Entretiens

L’entretien avec Pierre Bonnet et Mireille Adam Bonnet s’est déroulé le 13 octobre 2021.

L’entretien avec Mikaëla Halvarsson s’est déroulé le 5 novembre 2021.

L’entretien avec Emmanuel Périnet-Marquet s’est déroulé le 8 novembre 2021.

L’entretien avec Paul* s’est déroulé le 10 novembre 2021.

L’entretien avec Patricia* s’est déroulé le 16 novembre 2021.

L’entretien avec Claire-Line Mechkat s’est déroulé le 19 novembre 2021.

L’entretien avec Sarah* s’est déroulé le 19 novembre 2021.

L’entretien avec Solena* s’est déroulé le 19 novembre 2021.

L’entretien avec Saturnin* s’est déroulé le 19 novembre 2021.

L’entretien avec Sophiane* s’est déroulé le 19 novembre 2021.

L’entretien avec Sam* s’est déroulé le 21 novembre 2021.

L’entretien avec Sylvain* s’est déroulé le 21 novembre 2021.

*Prénom d’emprunt

Illustrations

Figures : BLANK, Alison, COSSALI, Kilian.



