

**UNIVERSITE RENE DESCARTES
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL
PARIS V**

**ADAPTATION FONCTIONNELLE
D'UN E.H.P.A.D**

**POUR CREER UNE UNITE
ALZHEIMER**

ESSAI A PROPOS D'UN CAS PARTICULIER

**Par le Docteur FOULET Jean-Paul
D.I.U Formation à la fonction de médecin coordonnateur en E.H.P.A.D**

Directeur de mémoire
Mme BRUNG Marie-France
Directrice
De la Villa des Fleurs

Année 2002/2003

1. INTRODUCTION :

2. PROBLEMATIQUE :

3. CONCEPTS EXISTANTS :

**4. CRITERES RETENUS POUR DEFINIR UNE
UNITE ALZHEIMER :**

**5. MODIFICATION DE LA STUCTURE
EXISTANTE EN VUE DE L'ADAPTER A CE QUI
SE FAIT AUJOURDHUI :**

6. CONCLUSION :

1. INTRODUCTION

La création d'unités spécialisées pour la prise en charge des déments déambulants, en particulier dans la maladie d'ALZHEIMER, est une entreprise difficile, mais nécessaire.

Ce concept n'est pas nouveau. Il est apparu dans les années 1960 aux Etats-Unis sous la forme des « Spéciale Care Unit » (S.C.U), alors qu'en Europe il faut attendre le début des années 1980 pour voir apparaître ce type d'unités spécialisées. En particulier, nos voisins belges ont créé l'Association Belge des Cantous, reconnue et validée par le législateur pour la prise en charge du patient dément déambulant.

Ces lieux de vie, ne sont pas des ghettos (1). Ils permettent de diminuer les problèmes de comportement des grands déments, en les laissant déambuler tout en réduisant la contention physique et chimique et le risque de fugues itératives. On observe dans ces unités une diminution de l'agitation et de l'agressivité.

Les activités pratiquées sont plus simples et plus naturelles, moins répétitives.

L'architecture ouverte vers l'extérieur, l'éclairage adapté, des couleurs stimulantes, une diminution des nuisances sonores contribuent à réduire les troubles cognitifs de ces résidents.

La participation des familles est plus active dans ces unités et permet de maintenir une affectivité optimale, malgré les troubles du comportement de leur parent.

La déambulation diurne et nocturne des grands déments peut importuner les autres résidents, ce qui peut aggraver chez eux un sentiment d'anxiété, voir déclencher une authentique dépression.

Le personnel de ces unités spécialisées est mieux formé, la satisfaction est plus importante, il existe moins de « turn over ». En effet, on note qu'un personnel spécialisé est plus adapté à l'évolution de la problématique du résident dément.

La création de ces unités de façon systématique dans les E.H.P.A.D devrait permettre la reconnaissance gériatrique de la démence et non plus uniquement gériatrique.

Les différentes expériences existantes aux Etats-Unis, en Australie et en Europe, (2) vont permettre de s'inspirer d'un de ces modèles existants pour adapter ,dans un établissement de construction récente , une unité spécialisée dans la prise en charge des déments déambulants.

Mais peut-être certains concepts sont en voie d'être dépassé et d'autres idées originales pourraient permettre une autre approche de la prise en charge architecturale des déments déambulants.

2. PROBLEMATIQUE

La problématique sera abordée à partir d'un cas particulier. Il s'agit de LA VILLA DES FLEURS , résidence à but lucratif pour personnes âgées . La mise en service de cet établissement a eu lieu le 1^o septembre 1999 , il s'agit donc d'un urbanisme récent .

Le projet initial ne possède pas d'unité spécialisée dans la prise en charge des déments déambulants. En effet lors de l'établissement du projet de construction , pour des raisons personnelles et philosophiques , la précédente direction n'a pas prévu la mise en place d'une telle unité , ni la possibilité de faire évoluer l'établissement en vue de se doter d'une telle structure.

La résidence , qui est en passe de signer la convention tripartite , gage de qualité dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes , ne pourra donc pas progresser dans la mise à jour de l'accueil de plus en plus spécifique de la dépendance sans s'équiper d'une unité adaptée à cette prise en charge .

Le problème posé : - Comment faire évoluer l'architecture de la VILLA DES FLEURS sans trop modifier le concept architectural d'origine, sans se lancer dans des travaux obligeant à condamner une partie de l'établissement pendant la période de modification de la construction .Sans perdre des places d'accueil du fait de la création de cette unité spécialisée et sans que la note financière soit trop élevée !

-Les concepts connus en Europe et dans le reste des pays industrialisés sont des modèles fonctionnels , avec leurs avantages et leurs inconvénients .Ils devraient permettre de savoir si ces expériences peuvent s'adapter à notre cas particulier.

- D'autres solutions innovantes, sont encore à l'étude des cabinets d'architecte , en particulier celui de Mr DELORME architecte à PARIS .Ainsi son exposé passionnant à l'occasion du DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur en E.H.P.A.D m'a donné l'idée de l'étude de ce mémoire et proposer des idées nouvelles pour la prise en charge en toute sécurité des déments déambulants.

- La formation du personnel ne sera pas abordé dans cet exposé. En effet il s'agit d'un autre aspect de ces unités. Mais il est bien évident que cette formation doit être le deuxième volet important pour rendre fonctionnelle ces unités. L'architecture est un outil , la compétence des personnels est un moyen (14).

3. CONCEPTS EXISTANTS

Introduction : Le professeur MARSHALL de l'Université de Stirling (3) détermine que les modes d'accompagnement de la personne âgée en institution peut être regroupés sous le couvert de trois modèles (4)

a) le modèle médical : La prise en charge est axée en premier lieu sur le traitement des affections que présente le résidant et institue le médecin comme principal intervenant. Ce modèle pousse à bâtir architecturalement de petits hôpitaux et à développer des projets de vie purement gériatrique.

b) Le modèle d'incapacité : Les soins ne sont pas prioritairement focalisés sur les affections du patients, mais sur les handicaps et inaptitudes qui en résultent. Ils sont administrés par une équipe multidisciplinaire. Il n'existe plus de lien de soignants à soignés . Il crée un lien de collaboration entre une personne qui se conduit en accompagnateur et un résidant âgé ayant acquis un nouveau statut souvent qualifié **d'utilisateur**.

c) Le modèle de la citoyenneté : Le résidant âgé est considéré comme un citoyen à part entière ayant des droits et des devoirs . Ce modèle lui offre la possibilité de maintenir , dans la mesure de ses possibilités , les activités normales de la vie quotidienne. Des échanges intensifs avec le monde extérieur à la résidence sont l'un des facteurs du maintien de son intégration sociale . Il a un statut **de citoyen**.

Modèles Anglo-saxons :

Les S.C.U (Spécial Care Unit) développées aux Etats Unis ont essentiellement privilégiées le modèle de la citoyenneté dans l'accueil des personnes âgées dépendantes : ce modèle vise à prolonger le maintien des capacités fonctionnelles et la qualité de vie. Son acceptation à l'échelle mondiale fait apparaître dans ces résidences un mode de prise en charge de moins en moins strictement gériatrique, soit médicalisée, et de plus en plus gérontologique.

L'expérience australienne où l'on pousse l'approche culturelle et sociale de la personne âgée désorientée au niveau de l'architecture et du « design » de la maison plutôt que l'approche médicale. En partant du principe que le passé social, culturel, relationnel de la personne âgée désorientée interfère sur son comportement et que l'architecture et le « design » peuvent aider à valider ce passé et l'intégrer dans le présent. On crée donc des structures spécialement conçues en relation avec l'héritage culturel de la personne accueillie (2).

Plus près de nous le modèle Belge :

C'est le modèle médical qui est privilégié en Belgique depuis une vingtaine d'années, tant sur le terrain, que par le législateur (4). La prise en charge des déments désorientés déambulants est axée en premier lieu sur le traitement des affections que présente le résidant et institue le médecin comme principal intervenant. Le décret Wallon du 5 juin 1997 précise que c'est : « Le gouvernement qui arrête les normes spécifiques concernant l'accueil et l'hébergement en maison de retraite des personnes âgées désorientées »

La promotion et la valorisation de ce concept passe par une reconnaissance légale et par l'acquisition d'un label protégé au BENELUX par le dépôt de la marque depuis 1998.

Le principe du **CANTOUS** Belge est un concept global qui intègre très bien ces différentes perceptions et ces différents modèles et permet, de ce fait, d'accompagner globalement, humainement la personne âgée désorientée qui reste le plus souvent une personne malade, handicapée, mais qui doit rester également et jusqu'au dernier jour un citoyen à part entière avec ses droits et ses devoirs.

Le terme **cantou** trouve ses origines dans le midi de la France. Il désigne en langue d'Oc (lou cantou) : « le coin du feu » avec comme sens profond la famille, la compréhension, la chaleur et la communication (5).

A la fin des années 1980, le concept se développe. LE **CANTOUS** est la contraction de « Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupation Utiles et Sécurisantes »

Le concept **CANTOUS** Belge développe de manière optimale (6) :

- Le principe de la communauté : L'unité de vie n'est pas une juxtaposition de logements alvéolaires ni un simple hébergement doté de services collectifs car tous les partenaires qui en font partie participent ensemble à une vie de groupe et y assument les tâches communes , fondement d'une véritable convivialité , l'unité de vie est partie prenante de la communauté extérieure qui l'entoure et dans laquelle sont insérés les réseaux de solidarité.

- Le principe de subsidiarité : Le personnel et la famille ne se substituent pas à la personne âgée , mais fournissent une aide dans le sens d'un accompagnement. Ils ont comme objectif de préserver, voir d'améliorer, l'autonomie et les relations de leur proche.

- Le principe de participation : Il s'exerce au niveau de trois acteurs :
 1. *L'usager* : C'est le résidant désorienté qui participe aux activités de la vie quotidienne selon un mode communautaire.

 2. *L'entourage* : La famille de la personne âgée a en charge les besoins du groupe

 3. *Les maîtresses de maison* : Le personnel polyvalent , stable et pluridisciplinaire, à la prise en charge globale des personnes accueillies.

Ces trois principes se développent de façon optimale grâce à l'autonomie réelle et effective attribuée au CANTOUS.

Ces trois principes entraînent deux conséquences essentielles touchant à l'organisation matérielle des espaces :

- L'existence d'un lieu de vie communautaire unique et polyvalent dans lequel se déroule l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

- La possession par chacun des membres du groupe d'un espace personnalisé.

Le concept CANTOUS s'intègre dans l'approche gériatologique insistant sur la recherche de l'adéquation maximale entre le résidant et son environnement et dans le sens d'une adaptation du second aux spécificités des personnes âgées démentes.

L'accueil et l'hébergement sont organisés à l'intérieur de la maison de retraite, mais dans un lieu architecturalement distinct. On entend par architecturalement distinct un immeuble ou une partie d'immeuble affecté exclusivement à la communauté de vie.

Cet immeuble est composé d'un lieu de vie et de chambres de résidents, de préférence individuelles et attenantes au lieu de vie. Le lieu de vie, a une superficie minimale de 60 m² et est composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique autour de laquelle toute la communauté de vie se rassemble, ainsi qu'un espace de repos muni de fauteuils. L'organisation architecturale du lieu de vie exclut tout espace réservé spécifiquement au personnel ou à la famille. Le personnel et la famille ne servent pas l'usager, mais mangent avec lui.

Le lieu de vie est suffisamment éclairé naturellement et dispose d'une vue vers l'extérieur. L'accès vers l'extérieur des résidents désorientés est sécurisé par un moyen technique approprié. Un jardin se trouve en contiguïté avec l'espace de déambulation. Les allées du jardin sont sans rebord. Les arbres sont feuillus à frondaison haute, le gazon est plat, le moins glissant possible. La disposition de bancs et du mobilier tient compte du risque de chute sur ces structures. Leurs couleurs sont contrastées par rapport à l'herbe (7).

L'autonomie collective est réalisée par une organisation distincte des tâches de la vie quotidienne et l'autonomie individuelle par la participation des résidants désorientés aux tâches de la vie journalière ,guidés par le personnel d'accompagnement. La participation favorise les liens avec la famille des résidants et permet une communauté de vie regroupant si possible 10 résidants désorientés au minimum et 15 résidants désorientés au maximum. En partant de l'idée que l'usager est d'abord « pouvant », tout devient possible

L'ensemble des chambres des résidants sont équidistantes du lieu de vie communautaire, dans lequel se tiendra pratiquement en permanence le personnel d'accompagnement avec les plus dépendants.

- L'espace de vie communautaire :

Il est équipé des matériels et du mobilier nécessaires à une vie de groupe , à la conservation des aliments, à la préparation des repas , aux rangements divers (vaisselle, denrées, médicaments) ,ainsi qu'à l'entretien du linge et des locaux

- Les chambres :

Dans ce type de structure, elles sont le plus possible individuelles. Elles sont aménagées par les familles et elles sont équipées de sanitaires personnels.

La grande limite des CANTOUS réside dans le fait que la grande démence ne doit pas s'associer avec un grand handicap physique.

Le concept des CANTOUS est un concept labellisé ,légalisé et intégré dans un programme global à l'ensemble des nouveaux établissements en construction ou à venir.

La situation en France :

En France , il n'existe pas de programmes bien identifiés , on assiste seulement à des expériences individuelles .

En 1977 , est crée par Mr CAUSSANEL , Directeur de foyer à RUEIL – MALMAISON (Hauts de Seine), le premier « **cantou** »(5) . C'est une unité dont l'architecture est spécifique : unité isolée , créée au centre ville .Les chambres sont distribuées sur deux rues , elles sont situées autour du lieu de vie commune . La surveillance est aisée du fait de la compacité de l'unité.

En novembre 1998, La maison de retraite EMMAÛS à STRASBOURG (Bas Rhin) a inauguré une unité ALZHEIMER (8)

« Pour un temps serein » est la devise qui a guidé la conception de ce lieu d'accueil en Alsace .Le soleil pénètre à flot dans la galerie vitrée qui entoure le patio avec un carré de nature au centre de la nouvelle unité de soins de longue durée ALZHEIMER.

Tout autour se répartissent les douze chambres individuelles spécialement aménagées pour accueillir les résidents .

Un maître –mot semble avoir guidé la construction de ce bâtiment : *l'espace*. Conçu sur le modèle d'un cloître , le home permet aux malades de déambuler .« *Marcher , c'est la seule chose qu'ils sachent encore faire. Ils ne savent plus qui ils sont, ne reconnaissent personne, mais leurs cinq sens fonctionnent encore : le patio sert à les stimuler* » explique François FRITZ le directeur d'EMMAÜS. Et il précise « *Cette unité est la seule de ce type en Alsace* ».

En septembre 2002 la villa EPINOMIS à COMPIEGNE (Oise) (9) peut accueillir des déments déambulants dans cinq unités de vie conçues chacune pour douze malades.

Chaque unité est aménagée d'une grande pièce centrale, entourée de douze chambres individuelles de 20 m² chacune. Une pièce permet l'accès à un jardin clos , grâce à un « cheminement de déambulation » lequel est dépourvu de tous obstacles auxquels pourraient se heurter les résidents. Chaque unité de vie dispose d'une gouvernante-animatrice , assistée d'une aide – soignante diplômée.

Prévue pour 2003 la nouvelle résidence du MONT SAINT- FRANCOIS à NOYON (Oise) (10) :

C'est une unité de vie ALZHEIMER.

Elle doit comporter 12 chambres à un lit et des locaux communs tels que : salle à manger , salle d'activités , balnéothérapie. La circulation dans cette unité permet la déambulation à l'intérieur comme à l'extérieur. Le personnel doit pouvoir agir rapidement et disposer d'une vue générale sur son secteur de surveillance depuis le poste de soin. La résidence doit être séduisante et son aspect général doit exprimer dès le prime abord les notions de beauté, de qualité et de sécurité.

La maisonnée de l'hôpital BRETONNEAU -PARIS (11) : c'est retrouver l'esprit de village.

Au cœur de la maisonnée, un salon- salle à manger , une cuisine comme à la maison et un poste de soin autour desquels 15 chambres accueillent des personnes âgées qui peuvent vivre dans leur chambre ou dans le séjour , comme elles vivaient à la maison. « La maîtresse de maison » prépare les repas ,dresse la table , veille sur le confort de chacun , favorise la convivialité. Mettre le couvert , faire une tarte , plier des serviettes sont des gestes anodins... mais essentiels pour des personnes âgées désorientées.

Il y a 14 maisonnées à l'hôpital BRETONNEAU .Un étage complet est réservé aux patients atteints de la maladie d'ALZHEIMER ou de démences apparentées.

Ce périmètre clos avec un jardin conçu à leur attention , favorise la liberté de déambulation des résidents.

Un rue intérieure permet aux patients et aux visiteurs de se rencontrer dans un espace convivial : accueil des visiteurs , restaurant , atelier de peinture, médiathèque et espace musée, salon de coiffure, oratoire.

Comme on peut le voir au travers des ces quelques exemples , la France n'a pas encore de politique d'hébergement spécifique pour accueillir les déments déambulants . Alors que les Etats Unis et surtout l'Australie et la Belgique ont déjà mis en place des programmes labellisés et légalisés , pour adapter l'architecture et la prise en charge des résidents avec des troubles cognitifs majeurs.

La France avec la réforme de la tarification et la démarche qualité des E.H.P.A.D doit arriver progressivement à l'adaptation des établissements existants , mais surtout doit intégrer dès la conception de nouveaux projets le concept de l'unité autonome pour les grands déments déambulants.

Pour cela les instances sanitaires et sociales ont mis au point une circulaire dont les références sont indiquées ci après :

DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002

« relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'ALZHEIMER ou de maladies apparentées » (12) .

Notamment, le paragraphe 2.3.1 de la circulaire indique qu'il convient **d'améliorer la qualité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D)**

La Direction générale de la santé doit diffuser à l'usage des professionnels un guide méthodologique lequel proposera des éléments de réponse et des pistes de réflexion sur la qualité de l'accompagnement ainsi que sur le **cadre bâti**.

Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées **Hubert FALCO** a mis en place le 04 février 2003 « **L'instance prospective ALZHEIMER et maladies apparentées** » .

A cette occasion une commission a été chargée de faire des propositions et des recommandations pour améliorer la prise en charge des patients et le soutien de leurs familles.....Elle doit promouvoir une offre d'hébergement **innovante**.....

4. CRITERES RETENUS POUR DEFINIR UNE UNITE ALZHEIMER :

L'entrée en institution ne doit pas être en rupture avec la vie à domicile , mais une continuité , préparée avec le résidant et sa famille .A cet égard le programme ALZHEIMER du gouvernement , prévoit d'améliorer la qualité des structures d'hébergement . La volonté du législateur qui se dessine est de prévoir l'accueil spécifique des patients atteints de maladie d'ALZHEIMER.(13)

Outre-Atlantique , 7 critères pour définir une unité ALZHEIMER ont été retenus .Ces critères actuellement reconnus par la communauté scientifique en France, sont indiqués ci après :

- Environnement architectural adapté
- Diagnostic de démence établi
- Personnel formé, spécialisé , expérimenté , soutenu
- Implication des familles
- Projet spécifique de soins
- Taille restreinte de l'unité (inférieure à 20 lits)
- S'intégrer dans un réseau.

Pour notre essai, il a été réuni quelques éléments concernant le premier critère relatif à l'adaptation de l'environnement architectural et plus particulièrement à ses principes de conception .

La problématique consiste à concilier sécurité et liberté pour le patient , optimiser les ressources et les capacités restantes, tout en minimisant les risques.

Objectifs généraux :

- **Eviter la dépersonnalisation** ,que l'on trouve dans le milieu hospitalier, (longs couloirs de ces bâtiments semi-industrialisés)
- **favoriser le repérage temporo-spacial** , problème crucial pour les sujets déments .
- **permettre la déambulation** et les activités en toute sécurité.....

l'enjeu étant de réduire l'usage des contentions tant physique que clinique, prévenir la maltraitance.

Spécifications techniques :

- **Créer une ambiance rassurante**, en utilisant des couleurs adaptées .
- **Utilisation de la lumière** :naturelle ou artificielle, tant pour le repérage que pour la prévention des risques .

On a remarqué , en effet, que la lumière attire vers les lieux de vie, alors qu'à l'inverse, l'obscurité dissuade l'abords des lieux « interdits » .Toutefois la lumière artificielle doit être traitée avec précaution ,en particulier , il convient d'éviter les « spots » qui créent des alternances de zones éclairées et de zones d'ombres, source d'angoisse pour les patients déments lorsqu'ils doivent traverser ces zones sombres.

Sauf si les lumières et les couleurs ont été tout particulièrement étudiées il conviendra de proscrire les zones isolées et les culs-de-sacs. Notons également qu'il n'est pas judicieux de faire usage de couleurs agressives .

- **Gérer l'acoustique** : Les trop grandes hauteurs sous plafond et les revêtements réverbérants créent un environnement très sonore, qui entraînent un bruit de fond, un brouhaha et détériore la qualité d'acoustique souhaitée.

- **Repérage et orientation** : faire appel à la mémoire lointaine des résidents en utilisant des marquages forts et des images . Par exemple :
 - gâteaux pour désigner la cuisine,
 - utiliser l'écriture cursive
 - pendules à aiguilles et à sonneries
 - calendriers ,éphémérides, menu du jour .
 - Informations journalières .

- **Prévention des fugues** :Contrôle des accès, à l'aide de portes à code, ou nécessité de manœuvrer simultanément 2 poignées pour l'ouverture de la porte
 - implanter une clôtures sans créer d'univers carcéral ,
 - dispositif de détection de présence.

- **Prévention des chutes** : Supprimer le moindre obstacle dans les circulations ,éviter les revêtements de sols glissants.

Equipements spécifiques :

- Douche : douche sans bac et chariot à douche
- Toilettes : suspendues
- Robinetterie :modèle ancien avec 2 robinets à tête carrée , ne pas utiliser les mitigeurs ou mélangeurs.
- Cuisson : plutôt à induction, rebords larges , four à paroi froide.

Conclusion : Tout doit converger vers la recherche de l'équilibre entre liberté et sécurité. Rappelons que dans la réussite d'un projet , l'architecture est un outil ; en revanche la compétence du personnel est un moyen au service d'un projet de soins et de vie.

5. MODIFICATION DE LA STRUCTURE EXISTANTE EN VUE DE L'ADAPTER A CE QUI SE FAIT AUJOURD'HUI :

Préambule :

Le livre de Brigitte CHALINE : « Unités d'accueil spécialisé ALZHEIMER », manuel de conception architecturale 2001, devrait faciliter l'étude d'un dossier qui consiste à adapter l'architecture d'une structure existante en vue de créer une unité ALZHEIMER

Tout d'abord un problème de terminologie : Les unités ALZHEIMER , chez nos voisins belges sont regroupées sous le vocable « CANTOUS ». La terminologie retenue par les Etats Unis est « S.C.U ».

Quel terme ou quelles initiales pourrait être labellisé en France ? Dans son manuel sur la conception architecturale , Brigitte CHALINE propose l'appellation suivante : « **Unités A.S.A** » (Unités d'accueil spécialisé ALZHEIMER).

Dans la suite de cet exposé , pour une simplification de la lecture le terme d'unités A.S.A sera donc utilisé.

Rappelons que son livre est un manuel pratique .S' il ne donne pas de « recette » unique pour la conception et la réalisation des unités A.S.A , il peut aider les établissements qui le souhaitent à se poser les bonnes questions afin d' éviter certains pièges.

Par ailleurs , citons également le programme SEPIA(secteur expérimental pour la programmation innovante de l'habitat pour personnes âgées) de Jeannine RIVOIRE, réalisé en 1989. A cette occasion des équipes ont été sollicitées pour participer à l'expérimentation. Elles étaient constituées d'un maître d'ouvrage , d'un architecte intéressé par les questions d'usage et d'un auditeur conseil. Des gestionnaires, utilisateurs futurs de tels projets ont également été associés à ces équipes afin d'envisager des lieux où les personnes âgées resteraient acteurs et décideurs de leur vie.

Il n'y a pas de projet architectural sans projet de vie. Lorsque le projet de vie se constitue après la construction du cadre architectural : c'est très souvent une erreur.

A travers les différents documents consultés ,on peut dire qu'un projet architectural n'est que la matérialisation d'un projet de vie pour les résidents. Notamment pour des résidents déments déambulants dans une unités A.S.A. encadré par un personnel spécialisé.

Dans le cadre d'une construction neuve ou d'une rénovation totale d'un établissement , la réalisation d'une unité A.S.A , ne pose pas de problèmes dans la mise en place chronologique du projet.

Dans l'adaptation d'une structure ancienne, il sera nécessaire, tout en ne perdant pas de vue le projet institutionnel et en particulier le projet de vie de la résidence, de tenir compte des impératifs architecturaux existants.

Dans ce cas la question qui se pose : « est-il possible d'adapter des projets de vie différents dans un même établissement ? »
On retient en effet que les différences de vie ne peuvent que créer des difficultés importantes tout particulièrement en ce qui concerne la cohabitation des résidents.

C'est donc le but de cet essai qui a été réalisé sur un établissement existant : a savoir LA VILLA DES FLEURS à SEVRAN .

Descriptif de la construction existante :

La résidence LA VILLA DES FLEURS est une construction neuve située au 33 boulevard Léon JOUHAUX 93270 SEVRAN.

Depuis le 15 septembre 1999 , cette résidence accueille des personnes âgées dépendantes.

C'est une maison de retraite d'une capacité de 84 résidents soit 66 en chambre individuelle et 18 en chambre double répartis sur 3 étages.

Le bâtiment est construit sur un terrain de 3300m² et offre une surface habitable de 2960 m².Le reste du terrain est occupé par le bassin de retenue des eaux de pluie et 11 places de parking .Beaucoup plus modeste , la partie

restante est aménagée en jardin d'agrément. Ce jardin est clos d'un côté par la résidence et de l'autre par une clôture.

Le seul accès à ce jardin ne peut se faire que par l'intérieur du bâtiment (voir annexe 1 plan de masse)

Le bâtiment est composé :

- Un R.D.C d'une surface de 920 m², ce niveau comprend : le salon ,la bibliothèque , la salle pour la télévision ,la salle-à-manger , l'infirmerie,une salle de kinésithérapie , la cuisine ,la laverie , la réserve , les bureaux de la direction , les services administratifs et techniques et le funérarium. Deux ascenseurs pour la desserte des étages
(voir annexe 2)
- Le 1^o étage d'une surface de 689 m² comprend 22 chambres simples de 18 m² chacune et 3 chambres doubles de 27 m² chacune ,un petit salon de 10 m² et un petit office de 8 m². Les deux ascenseurs de desserte .(voir annexe 3)
- Les deux autres étages ont la même disposition et la même composition que le 1^o étage , seule la superficie est différente .

Le 2^o étage à une surface de 684 m² et le 3^o une surface de 665 m².

Compte tenu des informations recueillies, d'une part ,et des infrastructures de LA VILLA DES FLEURS ,d'autre part, il a été envisagé,2 solutions pour l'implantation d'une unité A.S.A.

1^o SOLUTION :

Cette solution a été imaginé au niveau du 1^o étage de l'établissement et entraîne quelques modifications de l'architecture pour implanter l'unité A.S.A

La modification principale , consiste à supprimer 4 chambres (2 chambres doubles et 2 chambres simples).(voir annexe 4).

Cette transformation réduit la capacité d'accueil du 1^o étage où serait implantée l'unité A.S.A, à 20 résidants accueillis uniquement en chambre simple.

Cet espace d'une superficie d'environ 120m² est situé dans l'angle EST de LAVILLA DES FLEURS .Il permet d'installer l'espace de vie de l'unité A.S.A . en particulier un coin repas et une cuisine à « l'américaine ».

Cette modification permet de réaliser l'organisation générale des locaux comme le conseille Brigitte CHALINE (14) .L'unité A.S.A est centrée sur un espace de vie communautaire .

Le personnel peut surveiller aisément à partir de l'unité de vie l'ensemble de l'unité A.S.A.

Le coin repas : dispose de 5 tables rondes et 4 chaises par table.

La cuisine : est directement associée au lieu de vie . Ici ,une cuisine à « l'américaine » permet de faire participer tous les résidants, de faire appel à leur mémoire(recettes etc..) , stimuler l'odorat et conserver les praxies (épluchages etc..).

Le mobilier de la cuisine : des placards hauts et bas ,des rayonnages apparents qui permettent aux résidants désorientés de repérer plus aisément les ustensiles divers ,les ingrédients placés dans des bocaux en plastique transparent (avec dispositif d'occultation en dehors de la présence du personnel)

Plaque chauffante à induction (pour éviter les brûlures), réfrigérateur , lave-vaisselle .

La cuisine serait éclairée par une lumière naturelle ,(3 ouvertures sur la terrasse) mais il est nécessaire de prévoir un éclairage artificiel suffisant car la luminosité attire le résidant déambulant.

Des repas seront maintenus en conservation froide pour des résidants trop stressés par une organisation minutée des repas et qui souhaiteraient les prendre en dehors « des heures imposées ».

Bien entendu les repas conditionnés par la cuisine centrale de LA VILLA DES FLEURS et les repas préparés par l'unité A.S.A.seront dissociés.

La terrasse : Il est possible de remplacer les 3 fenêtres existantes qui sont actuellement sans ouvrant par 3 ouvertures qui permettraient d'accéder directement à la terrasse laquelle serait fermée par une véranda vitrée. Rappelons qu'actuellement il existe une différence de niveau entre la terrasse et le plancher de l'étage. La pose d'un plancher suspendu sur cette terrasse doit permettre facilement de rattraper cet écart sans entraîner une dépense trop importante .La terrasse ainsi aménagée apporte une ouverture sur l'extérieur de 100 m². Cet espace permettrait de réaliser un jardin d'hiver avec arrosage

automatique , le choix des plantes et des fleurs peut favoriser l'identification des saisons. Il est souhaitable de prévoir un éclairage de nuit dans ce jardin.

Cet espace pourrait être utilisé par l'animatrice pour des programmes d'animation en petit groupe , ce qui permettrait de stimuler la curiosité des personnes âgées.

Les chambres :Elles gardent leur aspect actuel et offrent chacune une surface moyenne de 18 m² , salle d'eau et WC individuels .La douche sans bac permet d'installer, en cas de besoin , un siège adapté .Les portes de chambres seront peintes de couleur assez vive et adaptée au goût connu de chaque résidant ,lui permettant ainsi , et le plus longtemps possible, de repérer et situer sa chambre dans l'unité.

Toutes les chambres sont équipées de lit à hauteur variable , table de nuit, placards ,table et chaise.

Les fenêtres possèdent un dispositif de limitation d'ouverture.

Les locaux de soins : l'intégration des WC pour handicapés situés devant l'office a permis d'agrandir le poste des infirmier(e)s 10 m² .

Les deux murs ouvrant sur l'unité de vie seront remplacées à mi hauteur par une surface vitrée , ce qui permettra une surveillance directe notamment sur la terrasse.

Afin d'exercer une surveillance efficace et totale , des téléviseurs montrent en permanence ce qu'enregistrent les caméras installées en nombre suffisant dans les couloirs de déambulation et aux endroits choisis avec soin.

Ce poste conserve un équipement classique avec chariot d'urgence , chariot des dossiers de soins des résidants de l'unité A.S.A.

Le local pour le kinésithérapeute : La chambre située à droite du poste de soins, se voit transformer en salle de rééducation pour la mise en place soit de séances de kinésithérapie , soit d'ergothérapie , soit de psychomotricité ,avec un programme de post-chute.

Les couloirs : sont utilisés comme lieux de déambulation . On peut créer un lieu de vie dans ces couloirs .Par exemple en positionnant à espace régulier des repères d' arrêts de bus avec des noms célèbres (Montmartre etc..). Pour le résidant , il est peut-être ainsi possible de stimuler sa mémoire dans le temps et dans l'espace, et lui favoriser le repère de sa chambre :celle ci étant située face à telle station de bus....

L'éclairage : il favorisera l'unité de vie ,les couloirs, le poste des soins .Par contre la pénombre est recommandée pour dissuader l'accès aux deux escaliers situés aux extrémité de l'unité.

Les escaliers : Leur abord est peu éclairé , comme indiqué ci-dessus , mais surtout ils sont munis d'un système d'ouverture commandé par deux poignées à actionner simultanément. Si les deux dispositifs ne sont pas manœuvrés ensemble la porte ne s'ouvre pas. De nombreuses expériences ont montré que ce dispositif n'est pas compréhensible par le résidant désorienté , lequel manipule en alternance une poignée puis l'autre. Par un dispositif très simple , la sécurité est donc assurée.

Les ascenseurs : sont munis d'un système fonctionnant à clés. Toutes manipulations du bouton d'appel de l'ascenseur sans déverrouiller la sécurité n'est suivi d'aucun effet .

Avantages et inconvénients de cet agencement en vue de créer une unité A.S.A à partir du 1^o étage :

Les avantages

- En premier , celui qui me semble le plus important dans cette organisation est la **sécurité** . En effet le personnel peut surveiller de façon aisée, depuis l'unité de vie, l'ensemble des couloirs et par conséquent la situation des résidants qui déambulent.
- Le deuxième avantage est la réalisation d'une unité très compacte et conviviale avec la proximité des chambres et de l'unité de vie ce qui ne peut que rassurer le résidant .
- Le troisième avantage est la localisation centrale de l'unité de vie. Les résidants atteints de démence de type ALZHEIMER sont attirés par le mouvement , la lumière et le bruit. Ce qui aura pour effet de les éloigner des extrémités de l'unité ou sont situés les escaliers.

Les inconvénients

- Réduction du nombre de lits. La création d'une telle unité A.S.A réduit le nombre de résidents institutionnalisés de 84 à 76 .Il est donc vraisemblable que la Direction de l'établissement n'apprécie pas une telle réduction , qui ne peut qu'entraîner une perte de recette.
- Travaux coûteux : il faut abattre des cloisons, retirer les sanitaires des salles d'eau , créer et installer la cuisine, équiper le poste de soins pour la surveillance des zones de déambulation, créer une véranda .
- Obligation de transférer les résidents actuellement en place pendant la durée des travaux.
- L'unité n'a pas d'ouverture sur un jardin extérieur , la terrasse aménagée avec un jardin d'hiver sera t-elle suffisante à leur bien-être?
- L'accès du personnel et des familles ne peut se faire que par les escaliers. En effet , pour plus de sécurité les ascenseurs ne pourront plus être utilisés par les résidents. Un telle situation risque de rendre plus difficile l'implication des familles de résidents déments déambulants qui peuvent penser que leur parent n'obtient pas l'amélioration de vie espérée.
- Il n'existe pas dans cette conception de l'unité A.S.A de différenciation entre le jour et la nuit .Les deux secteurs sont étroitement intriqués , ce qui ne facilite pas , pour le résident désorienté, le repérage temporo-spacial.
- Contrairement à ce que préconise Brigitte CHALINE (14) ,ici la déambulation se fait dans des espaces qui se terminent en culs-de-sac

EN CONCLUSION

La modification du 1° étage pour créer une unité A.S.A présente surtout l'avantage de favoriser la **sécurité** en permettant une très bonne surveillance des résidents quelque soit leur position dans l'unité.

Elle renforce la sérénité du résident et diminue son anxiété , du fait de la convivialité de l'unité obtenue par la réduction de l'espace.

Ses inconvénients majeurs sont un coût de travaux élevés ,une réduction du nombre de lit ,un confinement des résidents à l'étage, même si habituellement ils ne sortent pas spontanément à l'extérieur. Un sentiment d'effet « ghetto » et de marginalisation des résidents de l'unité A.S.A.

En résumé , il semble que les inconvénients dépassent les avantages espérés. Dans ces conditions cette solution ne serait acceptable que si la deuxième solution était encore moins intéressante.

2° SOLUTION :

Cette solution a été envisagée en utilisant une partie du R.D.C pour y implanter le lieu de vie de l'unité A.S.A (voir annexe 5). Les modifications architecturales sont limitées , l'idée principale qui a été retenue est d'utiliser au maximum les systèmes robotisés existants dans le commerce : modification des programmes d'ascenseurs, portes électriques commandées par une alarme à distance etc.. afin de réaliser une unité A.S.A autonome en parallèle avec l'unité principale.

Le lieu de vie : est réalisé dans l'angle nord-est de la Villa des Fleurs. Il nécessite la mise en place de deux cloisons repérées (1 et 2 sur le plan de l'annexe 5). Cette modification permet d'isoler la surface choisie en englobant le petit ascenseur.

Les cloisons : Pour ne pas donner l'impression d'être enfermé, les séparations construites au point 1 et 2 , devront être tout spécialement étudiées notamment en ce qui concerne l'utilisation du matériau choisi , car il est impératif que les résidants ALZHEIMER n'est pas le sentiment qu'une autre vie se déroule de l'autre côté.

Cette remarque est bien entendu également valable pour les résidants de l'unité principale qui chercheront , sans doute , à savoir ce dont il s'agit !

L'unité de vie mise en place à partir de cette configuration dégage un espace de 232 m². permettant d'accueillir 24 résidants.

Le coin repas : dispose de 6 tables rondes avec 4 chaises par table.

La cuisine : est directement associée au lieu de vie , elle est conçue « à l'américaine » et permet de faire participer les résidants à quelques actions simples faisant néanmoins appel à leur mémoire visuelle et olfactive. Du point de vue équipement , il sera le plus simple possible mais offrira tout le nécessaire utile(plaques à induction , placards hauts et bas équipés d'un système d'occultation la nuit ...).

Un coin WC est prévu dans cette unité.

L'animation : Un espace de 36 m² est réservé spécifiquement pour l'animation .Bien entendu une animation existe à tous les différents lieux de cette unité A.S.A, mais un espace spécialisé permettrait l'existence d'atelier permanent.

La véranda : serait à aménager en totalité sur une surface de 80 m².Elle serait fermée à chaque extrémité par deux cloisons (voir 3 et 4 de l'annexe 5) .Ces cloisons totalement opaques et de couleurs sombres afin d'éloigner les résidants déments .Elle s'ouvrirait en façade par de larges baies coulissantes sur le petit jardin, et serait recouverte d'une toiture légère .

Le sol sans rebord afin éviter les chutes , serait composer de carrelage de terrasse antidérapant pour faciliter ,sans risque , les allers et venues des résidants déambulants . La véranda pourrait être équipée de mobilier spécialisé

Une telle implantation permet d'imaginer une déambulation en boucle comme le conseille Brigitte CHALINE (14) et non pas en cul-de-sac, ce qui est très intéressant pour l'animation de l'unité A.S.A.

Le jardin extérieur : Comme indiqué ci-dessus, la véranda s'ouvre en façade sur un petit jardin extérieur .Une partie de ce jardin peut être affecté à l'unité A.S.A en disposant une séparation et une haie touffue de résineux(type thuyas) qui servirait à isoler le jardin de l'unité A.S.A du jardin de l'unité principale.

Le jardin de l'unité A.S.A pourrait recevoir une pergola pour les repas pris l'été. Des allées sans bordure pourraient être réalisées et un parcours de déambulation calquer sur les parcours de santé mis en place dans certaines forêts. La végétation saisonnière devrait permettre un repérage dans le temps. (Voir annexe 7).

L'accès du personnel à l'unité A.S.A. : Cet accès se fait par un système de sas réalisé par les deux portes(voir 5 et 6 de l'annexe 5).Chaque porte étant muni d'un double système d'ouverture à actionner simultanément.

Les ascenseurs: un seul ascenseur est intégré à l'unité. Sa programmation modifiée :son fonctionnement est réalisé de façon automatique(les boutons poussoirs ne servent plus ,il pourront être occultés)

Montée et descente de façon permanente entre le RDC et le 1° étage .Les portes restent ouvertes pendant 5 minutes puis fermeture des portes et l'ascenseur réalise son transport RDC -1° étage ou l'inverse , et de nouveau arrivé à destination les portes resteront ouvertes 5 minutes ou plus en fonction de l'automatisme programmé.

L'ascenseur de l'unité principale voit également sa programmation modifiée, il ne dessert que le 2° et le 3° étage. Le bouton du 1° étage pourrait être supprimé.

Le lieu pour la nuit :Le 1° étage conserve son aspect initial(voir Annexe 6).Il permet de garder un lieu de nuit indépendant et surtout séparé du lieu de jour. Les couloirs peuvent être utilisés comme lieu de déambulation . Comme indiqué précédemment il est possible d'y créer un lieu de vie afin de stimuler la mémoire des résidents dans le temps et dans l'espace et peut-être de favoriser le repérage de leur chambre .Tous les dispositifs peuvent être utilisés pour ce faire tel par exemple des signes , des couleurs etc...

Le poste de soins : L'office actuel est transformé en poste de soins ,ce local de 10 m² peut recevoir une face vitrée avec porte vitrée fermée à clef . Le poste de soins ainsi délimité peut accueillir un bureau ,le chariot d'urgence , le chariot des dossiers des résidents etc..

Ajoutons que pour assurer une surveillance optimum il serait installé dans ce poste de soins , des téléviseurs enregistreurs des faits et gestes des résidents à partir de caméras judicieusement implantées dans les couloirs de déambulation.

Les chambres : Elles conservent leur état d'origine , cependant une serrure électrique est installée sur chaque porte de chambres. L'ensemble des gâches électriques est relié à une alarme mise en route par un système de clavier , celui-ci est placé dans le poste de soins.

Tant que les soignants sont présents, l'alarme n'est pas mise sous tension : les portes de chambres ne sont pas verrouillées permettant le libre accès .Après le lever , la toilette, et le petit déjeuner, les résidents se dirigent vers le lieu de vie c'est alors que , après s'être assuré qu'aucun résident n'est resté dans les chambres , le responsable procède à la fermeture automatique des portes.

Le lieu de nuit devient à ce moment , lorsque l'alarme est verrouillée, un lieu de déambulation non fermé puisqu'il communique avec le RDC par un ascenseur automatisé.

La mise au point de ce système d'alarme devra être minutieusement étudié avant sa mise en place en vue de tenir compte de tous les besoins utiles qu'il devra assurer et pour lesquels il lui faudra apporter une solution.

Les escaliers : Leur abord est éclairé et leurs portes d'accès sont munis d'un dispositif d'ouverture commandé par 2 poignées qu'il faut manœuvrer simultanément . Ce type de manœuvre n'étant pas compréhensible par le résident ALZHEIMER ,on obtient une sécurité optimale.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CETTE SOLUTION QUI UTILISE UNE PARTIE DU R.D.C ET LE 1^o ETAGE.

Les avantages

- L'avantage majeur est de réaliser une unité A.S.A très sécurisée tant par le personnel que par la technologie. Cette implantation permet au surplus de rendre le personnel plus disponible pour le résident.

- L'aspect de « ghetto » disparaît avec ce système de flux ascendant et descendant.
- Relié par ce fil conducteur qu'est **l'ascenseur toujours en mouvement**, la déambulation est optimale entre le lieu de nuit et le lieu de jour
- Il existe une ouverture vers l'extérieur avec cette véranda et la continuité par un jardin aménagé.

Les inconvénients

- le plus important me paraît être un nombre un peu élevé de résidents :24 .La plupart des auteurs préconisent des unités plus petites 15 à 20 résidents.
- Le prix d'une telle réalisation :
 - la pose d'une véranda de 80 m²
 - la pose de 24 gâches électrique reliée à une alarme.
 - modification du fonctionnement de l'ascenseur

EN CONCLUSION

Cette solution réalise un bon compromis entre sécurité et liberté chez le résident déambulant. Elle utilise des moyens techniques qui libèrent le personnel d'un certain nombre de contraintes de surveillance. Bien que peu recommandé par Brigitte CHALINE (14) **l'utilisation de l'ascenseur** réalise le trait d'union entre le lieu de nuit et le lieu de vie.

La modification du R.D.C de la Villa des Fleurs met en place 2 unités : une unité principale et une unité A.S.A , toutes deux indépendantes et autonomes. L'unité A.S.A bénéficie d'un emplacement sécurisé compte tenu de sa situation d'angle. La surveillance par le personnel est aisée à tous endroits du lieu de vie.

La comparaison des deux solutions proposées est assez difficile à faire, notons cependant que la solution 2 apporte au résident

ALZHEIMER une stimulation des fonctions supérieures sous couvert d'une sécurité optimale.

6 / CONCLUSIONS :

Les différentes projections faites par les instances de gérontologie , prévoient une augmentation majeure des D.T.A (démence de type ALZHEIMER) dans les 10 prochaines années.

Si raisonnablement , on peut espérer la signature de la convention tripartite par l'ensemble des E.H.P.A.D de France dans les 5 années à venir . Elles seront alors en première ligne pour accueillir ces résidants déambulants .

La première partie du mémoire a permis d'une part de mettre en avant les avantages des unités autonomes pour le confort de ces résidants avec des troubles cognitifs majeurs, d'autre part de recenser l'avance prise dans ce domaine par les AUTRALIENS , par les SCU aux ETAT-UNIS et plus près de nous les CANTOUS belges ,où le législateur a établi un programme architectural de prise en charge des résidants avec DTA .

En France Hubert FALCO a lancé quelques orientations dans ce sens. Nous sommes encore loin d'un programme architectural avec un cahier des charges respectant un certains nombres de règles communes pour l'ouverture de résidence avec unité A.S.A (la terminologie de Brigitte CHALINE sera peut-être retenue comme référence pour l'appellation de ces unités) .

Il sera difficile à un établissement de faire cohabiter des déments déambulants , avec les autres causes d'institutionnalisation. Surtout si le premier groupe représente 50 % de la population de la résidence.

La mise en place d'unité A.S.A semble une bonne alternative à cette situation à venir. La stabilisation ,encore moins la guérison, ne semble pas possible dans les DTA dans un délai de 10 ans.

Beaucoup d'établissements de construction récente n'ayant pas anticipés cette évolution vont devoir trouver des solutions.

La possibilité de construire un nouveau bâtiment dans l'enceinte de la résidence ne sera pas toujours possible ni accepté et/ ou autorisé.

La solution d'un aménagement de ce qui existe se posera de façon récurrente. Les solutions existent à partir du moment où l'on garde comme fil directeur **la sécurité** pour cette population particulière, tout en ne sacrifiant pas la **liberté de déambulation** qui permet de réduire la contention physique et chimique, de diminuer le sentiment d'anxiété que l'on retrouve régulièrement chez ces résidents.

LISTES DES ANNEXES

- 1-- Plan de masse**
- 2-- Plan du R.D.C**
- 3-- Plan du 1° étage**
- 4-- Unité A.S.A solution 1**
- 5-- Unité A.S.A solution 2 R.D.C (lieu de vie)**
- 6-- Unité A.S.A solution 2 au 1° étage (lieu de nuit)**
- 7-- Unité A.S.A solution 2 - jardin**