

Une architecture “prothétique” pour les personnes présentant des déficits cognitifs

Dr Lucien Mias - 1992

Soignants et espace thérapeutique structurant

Le besoin des soignants de s'intéresser aux locaux vient du fait que le Service de Soins de Longue Durée héberge une proportion de plus en plus élevée de personnes âgées ayant des troubles de comportement, orientant une prise en charge psycho-gériatrique.

Actuellement, ces services occupent les locaux laissés vacants par un service de “court séjour” lorsque celui-ci a été transféré dans des structures neuves : on a légèrement réaménagé des locaux qu'on a affecté au “Long séjour”, lequel a dû adapter son fonctionnement aux locaux et non l'inverse.

Ce qui est une hérésie de gestion, puisque c'est le service où les soins de nursing étant les plus importants il est nécessaire de diminuer le "temps-agent" dépensé à cause des pas perdus. **Un coût de fonctionnement est variable, alors qu'un coût d'investissement est fixe.**

- ☛ Leur dilemme était de réussir à concevoir un environnement ordonné et stable, sans qu'il soit monotone et impersonnel, sécurisant sans être sécuritaire.
- ☛ Leur stratégie avait comme objectif de compenser si possible par des mesures d'ordre environnemental les problèmes de désorientation, de perte de mémoire, de perte de capacités au niveau social et de détérioration de l'estime de soi, typiquement associés à cette population.
- ☛ La réflexion sur l'ensemble du projet a été guidée par la volonté de privilégier la lumière naturelle, les stimuli sensoriels, la communauté, de permettre la déambulation externe.

La population cible

Elle est atteinte dans ses fonctions intellectuelles, est âgée et désorientée, présente un déficit cognitif, une démence par multi infarctus ou du type Alzheimer... autant de mots différents qui tentent de masquer nos ignorances devant des manifestations de désorientation, d'erreurs dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, de comportements perturbateurs, d'errance...

Les malades porteurs de ces syndromes ne sont pas semblables et n'ont pas les mêmes besoins. Mais on ne peut pas strictement classer cette population car la polypathologie, constante en gériatrie, vient rendre les limites bien imprécises.

Il faut donc se contenter de définir cette population comme «posant essentiellement un problème de comportement"¹ », associé à des déficiences

¹ *Vivre au Cantou*, cahier de la Fondation de France 1993

additionnelles qui contribuent à accélérer la détérioration de l'estime de soi.

Problèmes,

- de santé et handicaps physiques.

Ce qui rend la personne plus vulnérable à son environnement et accentue la nécessité d'un milieu de vie sain, sécurisant et facilitant la mobilité ;

- de perception sensorielle.

Qui se traduit par des pertes d'acuité auditive et visuelle (réduction du champ de vision, sensibilité à l'éblouissement, réduction de la capacité de discriminer les couleurs, de localiser les objets, de reconnaître les personnes.)

- de la capacité à accomplir les actes la vie quotidienne.

L'incapacité peut être aggravée par le milieu institutionnel lui-même selon le choix du concept de soins : aider ou faire à la place. Se substituer à l'autre est parfois responsable de la naissance d'une maladie.

- de comportements perturbateurs sociaux et territoriaux.

Ils représentent une source de désagrément importante pour les personnes lucides qui cohabitent et une souffrance pour les soignants.

Notion d'environnement «prothétique» (Lindsey, 1968)

La revue des livres nous a permis de prendre connaissance, entre autre, d'un exemple réalisé aux Etas-Unis par M.P. Lawton².

Créé en 1974, l'institut Weiss du Centre Gériatrique de Philadelphie a été conçu à partir de l'application de principes de comportement humain, dans le but d'améliorer les conditions d'existence des personnes âgées souffrant de déficits cognitifs.

L'équipe de Lawton a établi quelques postulats qui conduisent à la notion d'environnement «prothétique».

- En premier lieu **la constatation** que si la plupart des personnes peut réagir positivement à des pressions environnementales variées, dans le cas de personnes à basse compétence, **les limites de l'adaptabilité sont beaucoup plus restreintes.**

- Ensuite, le corollaire suivant : **plus la personne est atteinte, plus elle est sensible ou vulnérable aux déficiences de son environnement parce que moins adaptable.**

Il s'ensuit,

- d'une part, que **plus la compétence de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif ;**

- d'autre part, qu'**un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable dans le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.**

L'ensemble de ces interventions environnementales est appelé prothétique : **l'environnement est conçu en fonction des lacunes intrinsèques de la personne en vue de permettre une optimalisation de ses performances, en utilisant des mesures**

extrinsèques qui sont appliquées de façon permanente et continue (par opposition à des interventions humaines ponctuelles), ce qui est moins onéreux en ressources humaines.

Cet environnement physique doit d'autre part être accompagné d'une structure organisationnelle et de programmes d'intervention appropriés.

Objectifs visés par le Projet de Soins

Les objectifs visés sont multiples :

- améliorer le fonctionnement sensoriel de la personne ;
- augmenter son autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ;
- améliorer les fonctions cognitives, en particulier l'orientation dans l'espace et dans le temps, les mémoires ;
- augmenter l'utilisation active du temps ;
- augmenter la quantité d'interactions sociales, la qualité des relations familiales ;
- améliorer l'image ou la perception que la personne a d'elle-même.

Que peut apporter l'architecture dans une stratégie de prise en charge globale de soins de santé ?

En fonction du projet de soins expérimenté sur le terrain, l'Équipe soignante a relevé durant quatre ans des observations qui ont permis de préciser pourquoi l'architecture par elle-même peut concourir à l'efficacité thérapeutique.

- Elle façonne jour après jour le comportement pour la réalisation des actes de la vie quotidienne.
- Elle complète, symbolise et concrétise le rôle de l'équipe soignante face au désordre intérieur et au débordement des conduites ;
- Elle marque, dans la réalité visible et tangible, des points de repère, des limites, des axes de mouvement qui sont analogues dans le monde matériel aux repères, limites et mouvements internes que les soins cherchent à restructurer (dedans et dehors, moi et autrui, solitude et échanges, permis et interdit) ;
- Elle induit ou facilite la restauration de relations affectives interpersonnelles de bonne qualité, en favorisant le mouvement et en associant le mouvement à la notion de plaisir et de vie.
- Elle responsabilise les soignants si elle est définie par eux qui réalisent le projet et accompagnent au quotidien les Résidents.

Propositions et Réalisation

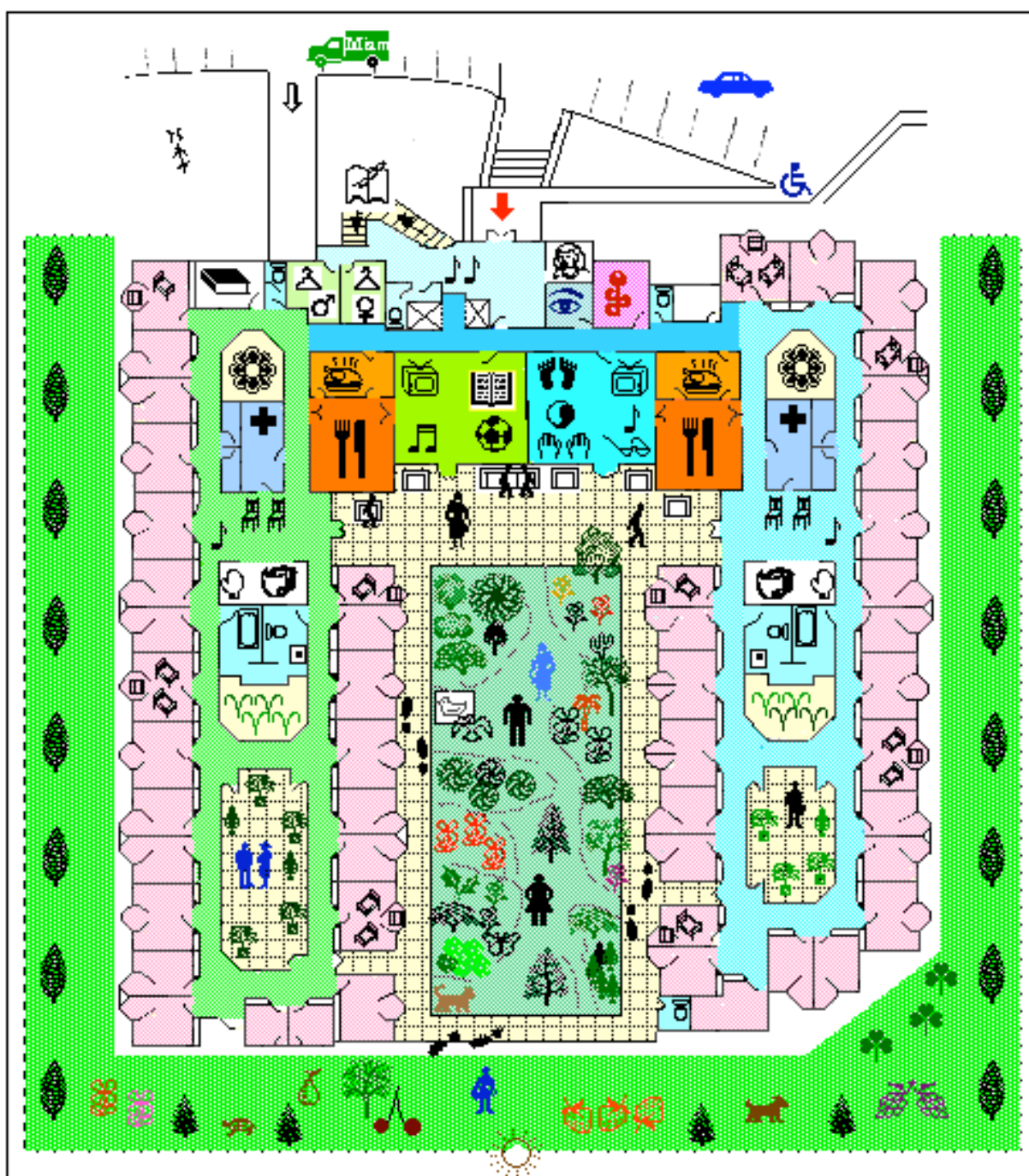
Exposer ce que nous avons proposé puis ce qui a été réalisé sera fait la Lucien Mias. L'audit de l'établissement au bout de trois puis de huit ans d'utilisation par les

soignants travaillant dans cette structure sera écrit par Monique Zambon, AS.

On ne peut pas faire toujours ce que l'on veut... car il y a de multiples contraintes administratives, financières et l'architecte traduit les demandes en fonction de ses compétences.

1 - PROPOSITION DE L'ÉQUIPE

☛ Structures générales



Bâtiment en rez-de-jardin car l'autonomie commence par la possibilité d'ouvrir la

fenêtre de sa chambre, de décider d'aller faire un tour au jardin et de pouvoir le faire sans un tiers.

Soixante Résidents hébergés et dix lits d'hospitalisation temporaire répartis dans deux unités conjointes sont la limite supérieure de tolérance pour obtenir des résultats tangibles et maintenir une équipe soignante motivée et opérationnelle.

Cela nécessite d'avoir **deux équipes soignantes d'environ quinze personnes**.

Pour la personne âgée, l'institution est son unique milieu de vie et elle est peu en contact avec l'extérieur, contrairement à ceux qui y travaillent. Le "dehors" est thérapeutique : il renvoie à des sensations, il oblige à réagir au climat ... Il faut donc un jardin accessible sans aide.

Un groupe de quinze soignants est un rassemblement de compétences où les interactions obligatoires alimentent le dynamisme et évitent à chacun d'atteindre son niveau d'incompétence. **Au delà de quinze les soignants se croisent mais ne se rencontrent plus**, les ressources humaines sont impossibles à gérer dans le cadre d'une participation active des acteurs du quotidien.

☛ Aménagement intérieur

Nous avons prêté attention au livre *L'architecture du grand âge*, relevé des idées dans des publications canadiennes, dans "Architecture, urbanisme et vieillissement" (P.Vellas), mais aussi et surtout engrangé des données en fonction du vécu quotidien de ceux qui sont sur le front de l'action, les soignants. Parmi les idées recueillies, nous transcrivons ci dessous quelques **options retenues en fonction du projet de soins**

HALL D'ENTRÉE (40 m²)

On y accède par des portes automatiques. On y trouve le bureau administratif (10 m², vitré, le personnel devant s'intégrer dans la vie quotidienne des résidents comme intervenant, actif par sa chaleur humaine), des sanitaires pour les visiteurs (8 m²), le vestiaire du personnel soignant (25 m², avec sanitaire et douche). Son équipement qui comporte des sièges confortables, un poste téléphonique à carte et une sonorisation douce, le rend accueillant. Du hall, une porte à commande numérique permet l'accès à un couloir orientant vers les unités de soins.

COULOIRS

- pour ne pas avoir d'odeur d'ammoniacque qui imprègne les sols : **carrelages avec plinthes de raccordement concaves, pour brossage mécanisé ;**

Le coût d'investissement est plus élevé mais celui de fonctionnement diminué (imprégnation et renouvellement des sols plastiques).

Les Résidents ont une baisse de la proprioceptivité qui facilite les chutes sur sol mou.

- surtout **pas de couloir circulaire** car on "tourne en rond " aussi dans sa tête ;

- **sol bien éclairé, avec le maximum d'éclairage naturel ;**

Informations à percevoir sur le temps qu'il fait, la tranche d'heure qu'il est en fonction des ombres.

- **pas de changement de niveau, d'objet mobile au sol, ni de changement de décoration ;**

- **rampes en bois** (Froides ou de teinte froide elles peuvent faciliter l'incontinence.) , situées à 0,80/0,90 cm ; continuité des rampes, fixées en console, avec partie ascendante en fin de course pour signaler cette fin.

Les fixations doivent être très solides aussi bien pour les efforts de pression que pour les efforts de traction.

SALLE D'ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES

- salle d'activités de grande dimension 100 m² avec claustra de séparations mobiles ;

Pour cultiver la socialisation et l'estime de soi.

Couper la pièce par un claustra et des plantes vertes rassure et permet au dément qui a tendance à raser les murs de se sentir sécurisé et de marcher au milieu de l'espace libre.

- salle d'activités et de restauration vitrées.

Afin de faire venir à soi l'extérieur, rythmer les saisons, rêver des Marquises ou des alizés, prendre le soleil (fixation calcique). A priori la terrasse, dans notre région à vent d'autan dominant, n'est pas une zone fréquentable, par nos malades très frileux. Ils doivent bouger s'ils sont à l'extérieur. Il vaut mieux prendre l'habitude de leur donner le bras et d'aller dans le jardin car le résultat est double, mobilisation et chaleur humaine. **Tout est langage.**

CHAMBRES

- lits électriques à hauteur variable et à barrières intégrées ;

Facilitation de la manutention et gain de productivité économique (absentéisme et lombalgies variant de façon significative selon le type de lit choisi) et sociale (meilleur vécu du rôle).

- carrelage avec plinthes de raccordement concaves, pour brossage mécanisé ;

- avoir la possibilité dans le territoire personnel qu'est la chambre, de moduler l'intensité lumineuse ;

- veilleuse à cellule électrique avec déclenchement aux mouvements qui s'allume lorsque le malade couché s'assied ;

Permet le lever nocturne; rôle sur l'incontinence et la désorientation.

- interrupteur lumière et sonnette posés sur support, à droite et en avant, accessibles en position couchée ;

- interrupteurs de porte larges, bas situés ;

- placards de rangement permettant aux "petits" (vieux ou non), d'arriver "en haut" grâce à la possibilité de s'accrocher à une barre verticale ;

- penderie accessible -donc large- avec à l'extérieur une patère pour pendre le linge qu'on veut "signaler".

- insonorisation des chambres, pour que les cris nocturnes n'aient pas une action perturbante sur les voisins.

LINGERIE

- lingerie avec fenêtre car couture et le repassage sont inclus dans les activités d'éveil ;

- grandes armoires de vêtements hiver/été et armoire de distribution sur roulettes.

SALLE A MANGER

Avec le temps, la personne âgée qui subit une diminution des papilles gustatives et des corpuscules olfactifs, perd l'appétit par mauvaise identification des saveurs et des odeurs (pensez au rhume!). Elle a tendance à ne pas goûter les aliments. Il faut attirer son attention sur la table, favorisant ainsi une meilleure communication dans une salle attrayante où l'on a envie de rester un moment. Vraie salle à manger personnalisée, chaleureuse, accueillante.

- de couleur abricot : couleur apaisante et stimulante à la fois, à cause de son mélange de rose et d'orangé ;

L'une des couleurs les plus appétissantes.

- la salle de restauration communautaire doit être vitrée sur toute sa longueur comme la salle d'activités d'éveil ;
- acoustique de la salle de restauration ;
- tables de quatre autour desquelles on puisse circuler et s'asseoir auprès du Résident ;

La situation "de coin" suscite six fois plus de conversation

- aide au handicap par l'utilisation de support de bol, d'ustensiles lourds pour être bien perçus, éventuellement de manches recouverts de plastique thermoformable épousant les formes de la main dominante ;
- plan incliné à poser sur la table pour soutenir l'ouvrage à lire ;
- nappes plastifiées à motifs de fruits ;

Redonne un contact avec la nourriture, celle du marché. Ces nappes rappellent aussi le passé.

- plantes vertes et fontaine d'eau.

OFFICE

- l'office doit se situer entre la salle d'éveil et la salle de restauration avec des volets roulants de séparation sur les deux cotés.

Cette disposition permet une présence de type vie quotidienne familiale, permet de gérer les pas inutiles et d'effectuer certaines activités culinaires.

CABINET DE TOILETTES

- lavabos situés de façon à pouvoir se laver assis tout en se voyant dans le miroir.
- Pas de robinet à tourner mais à lever-baisser ou latéraliser ;
- poignées murales de soutien, nombreuses et en position variée pour répondre au besoin d'équilibre en position debout ou assise. Vu la nécessité de nombreuses barres d'appui, certaines seront mobiles afin de pouvoir être escamotées par une tierce personne pour une aide ponctuelle à certains gestes usuels (douche, wc...)
- accès aux wc en fauteuil roulant ; syphon de sol ;
- cuvette suspendue située à 0,55 cm de haut et barres d'appui ; poubelle et balayette suspendues.

SALLE DE BAIN

- salle de bain de grande dimension (20 m²) pour pouvoir y créer plusieurs postes de travail et pouvoir circuler ;

- grande glace "corps entier" pour se voir redressé ; au sol antidérapant ;

La salle de bains ne doit pas être située près du hall d'entrée car dans la génération actuelle, certains Résidents crient lorsqu'on les baigne (non habitués à se baigner ou démence et peur de l'eau). Une situation près de la lingerie et de la salle de soins est souhaitable ;

- salle de soins, située à côté de la salle de bains, car des soins sont donnés après le bain ;
- baignoire à flot bouillonnant et arrivée rapide d'eau ;
- bac de douche antidérapant avec siège rabattable pour s'asseoir et prendre la douche ;
Pommeau de douche détachable se déplaçant sur un axe vertical.

La douche et le bain sont nécessaires car le bain facilite parfois la survenue d'escarres.

BUREAU ADMINISTRATIF

- bureau vitré, le personnel administratif devant s'intégrer dans la vie quotidienne des résidents comme intervenant, actif par sa chaleur humaine.

PORTES

- noms des Résidents sur les portes des chambres, avec des lettres standardisés, afin de fournir un maximum de perceptibilité.

Portes auxquelles les résidents n'ont pas accès fondues dans la couleur pastel du mur sans indication : diminue les stimuli visuels inutiles et permet une meilleure orientation.

- signalisation de grande taille par des symboles bas situés, points de repères visuels ;
- poignées : boutons difficiles à tourner pour les pièces de service, la pharmacie ou les Résidents ne doivent pas aller par sécurité et au contraire poignées planes pour la porte de la chambre, le lieu de restauration, etc ;

FENÊTRES

- volets électriques pour un gain de temps et une meilleure maintenance.

Les stores internes sont endommagés par certaines personnes.

MOBILIER

- sièges avec accoudoirs pour aide au lever et à hauteur variable ;

Les pieds de certaines personnes ne touchent pas le sol lorsqu'elles sont assises.

- choix sélectif du revêtement des sièges ;

Répétition de gestes manuels d'étirement d'aspérités qui dépassent et sièges devenant de plus en plus éventrés par effet d'entraînement ; problèmes d'incontinence.

- couleur vive des sièges, pour savoir qu'on touche au port.

JARDIN

- accessible aux fauteuils roulants.
- aménagement du jardin-promenade avec chemins orientant sur un kiosque central et chemin périphérique. Diversité de chemins permettant éventuellement de déambuler longtemps pour certains avec référence structurante du centre où on peut toujours se réfugier ;

Le "dehors" est thérapeutique, il apporte des sensations, oblige à percevoir les variations climatiques et à adapter les vêtements.

Lits d'hospitalisation temporaire

Pourquoi ?

Le maintien à domicile des personnes âgées, concerne également celles qui présentent un affaiblissement intellectuel : dans leur logement, où elles ont vécu pendant de nombreuses années elles conservent un certain nombre de souvenirs, d'automatismes qui peuvent subsister de façon assez durable et, grâce à une aide adéquate, elles continuent à être relativement autonomes.

Il est avantageux tant du point de vue thérapeutique qu'économique de maintenir à domicile, aussi longtemps que possible, les patients qui présentent un affaiblissement de leurs facultés intellectuelles. Mais on est confronté à des difficultés.

Ces difficultés peuvent provenir de l'entourage du patient qui joue un rôle prépondérant dans la réussite ou l'échec du maintien à domicile.

Qu'il s'agisse d'ailleurs d'un entourage naturel, membres de la famille, ami voisins, ou d'un entourage créé de toute pièce, c'est-à-dire, de soignants tels que médecins, infirmières, aides ménagères, etc. Dans la plupart des cas, cet entourage est mixte.

C'est le niveau de tolérance de cet entourage qui est essentiel.

S'il est élevé, il va être souvent possible de prolonger considérablement et dans de bonnes conditions, le séjour du patient dans cet entourage habituel. Si au contraire, ce niveau est bas, il est probable que des pressions de plus en plus insistantes seront exercées sur le médecin, de manière à ce qu'ils place sans délai la personne ayant des déficits cognitifs certains.

Le niveau de tolérance de l'entourage dépend lui-même de nombreux facteurs:

☛ le degré d'anxiété des personnes qui le composent.

Cette anxiété prend ses racines aussi bien au niveau émotif qu'au niveau de la réalité de la situation. Il est facile d'imaginer que se trouver confronté à un membre de sa famille dont la démence progresse est une épreuve émotionnellement très difficile à tolérer. L'anxiété qui peut en découler active généralement des mécanismes de défense qui peuvent parfois déséquilibrer et même compromettre le maintien à domicile.

L'anxiété des soignants existe également. Elle est apparemment plus rationnelle : risques des chutes répétées ou d'incendie. Mais, à ce risque réel s'ajoute la crainte du soignant d'être responsable des dommages tant physiques que matériels que pourrait occasionner le patient. Au sentiment valorisant d'être un bon soignant qui contribue à permettre au dément de rester chez lui, peuvent donc succéder brusquement des sentiments de culpabilité et d'agressivité. Le soigné devient alors dangereux pour le soignant qui se trouve en proie à un conflit intérieur ou l'estime qu'il a de lui-même peut être remise en question.

☛ Le niveau de tolérance de l'entourage dépend également de la capacité de ses membres de supporter les frustrations - il reçoit peu de gratifications pour les efforts déployés - et les contraintes de plus en plus lourdes.

Avant que la famille n'atteigne l'épuisement, (entraînant un rejet qui aura une incidence au niveau du malade lui-même car, tout détérioré qu'il soit, il sentira ces conflits familiaux et percevra qu'on le rejette), il faut permettre à la famille de «souffler» durant des périodes plus ou moins longues.

Accueillir le malade en hospitalisation de jour, de nuit ou en séjour temporaire sont des

solutions qui permettent à la famille de «recharger les accus».

Elles permettent parfois aussi aux patients en «isolement sensoriel» à domicile, d'établir de nouvelles relations au travers desquelles de nombreux affects peuvent circuler.

Cette hospitalisation doit **s'accompagner d'une intégration de la famille comme partenaire de l'équipe de soin** afin de créer un climat de confiance, de coresponsabilité qui lui permet de retirer une certaine satisfaction. La démarche de confier son parent à des tiers éveille chez elle un sentiment de culpabilité, une souffrance devant la séparation malgré le dévouement sans bornes démontré pendant plusieurs mois ou années et la promesse de ne jamais le «placer».

Comment ?

Cinq lits d'hospitalisation temporaire sont prévus dans les deux unités, car cette forme de soutien aux familles va se développer, vu l'évolution de la socio culture des générations montantes.

28/09/1993
Dr Luc ien Mias

2 - Réalisation effective : **audit soignant** après trois ans de travail dans les lieux.

Extrait du mémoire "Architecture des institutions pour personnes âgées et soins de santé" réalisé en 2000 dans le cadre du Diplôme Universitaire "Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés" de Montpellier. Monique Zambon.

« Structures générales

- ☛ Unités de **30 lits + 10 lits "temporaires" ... qui sont devenus "permanents" !**
- ☛ Nos calculs de charge en travail conduisent à un ratio agent/résident de 0,50 à 0,52 dans des locaux supposés adaptés. Cela conduit à avoir une équipe soignante d'environ 15 personnes : au delà de 15, les ressources humaines sont impossibles à gérer car les soignants se croisent mais ne se rencontrent plus.
 - ☛ Bâtiment en rez-de-jardin car l'autonomie commence par la possibilité d'ouvrir la fenêtre de sa chambre, de décider d'aller faire un tour au jardin et de pouvoir le faire sans un tiers.
 - ☛ Pour la personne âgée, l'institution est son unique milieu de vie et elle est peu en contact avec l'extérieur, contrairement à ceux qui y travaillent. Le "dehors" est thérapeutique : il renvoie à des sensations, il oblige à réagir au climat ... Il faut donc un jardin accessible sans aide.
 - ☛ Ce bâtiment en U comprend le lieu d'hébergement, des salles de formation au premier étage, des locaux techniques au sous-sol : chambre froide, rangements de matériel, chaufferie, local pour le stockage du linge sale et des poubelles.
 - ☛ L'approche de ce bâtiment se fait par la face nord : l'entrée principale est accessible à la fois par les escaliers et une rampe d'accès de faible inclinaison ; de nombreuses places de parking sont présentes et séparent l'entrée des prairies environnantes.

Le hall d'entrée (40 m2)

- ☛ On y accède par des portes automatiques. On y trouve le bureau administratif (10 m2, vitré, le personnel devant s'intégrer dans la vie quotidienne des résidents comme intervenant, actif par sa chaleur humaine), des sanitaires pour les visiteurs (8 m2), le vestiaire du personnel soignant (25 m2, avec sanitaire et douche).

- ☛ Son équipement qui comporte des sièges confortables, un poste téléphonique à carte et une sonorisation douce, le rend accueillant.

- ☛ Du hall, une porte à commande numérique permet l'accès à un couloir orientant vers les unités de soins.

Aménagement intérieur

- ☛ La notion de santé pour la personne âgée doit être envisagée selon une vision globale de l'être humain, considéré comme un tout en osmose avec son entourage. Dès l'entrée en institution, la personne âgée doit s'adapter car elle a peu de possibilités à modifier l'environnement. Celui-ci doit donc lui offrir une gamme de stimulations et les premières qui parviennent au corps humain, résonateur naturel, sont sonores.

- Comme tous les autres sens, l'ouïe atteste la subtile imbrication du physiologique et du psychique. La personne âgée a comme chacun de nous ses petites "madeleines" auditives et leur goût est fonction du vécu de son histoire.

- La musique, chargée de sens, occupe tout l'espace. Favorable pour créer une réaction de détente ou procurer du plaisir, inciter naturellement le corps à bouger, éveiller des réactions émotionnelles, renforcer le rappel des rythmes temporels (saisons), culturels et culturels, la musique est essentielle à la vie de la personne âgée : c'est sa vitamine de coeur.

- Pour rythmer le temps du quotidien, en nous basant sur des expériences citées par Guilhot, Jost et Lecourt, dans "La musicothérapie et les méthodes d'association des techniques", nous avons décidé de prévoir une idée directrice - sans être sûrs d'avoir raison et en laissant des plages de silence. Pour chaque plage horaire nous respectons le style de musique définie (l'esprit, pas la forme) dans les critères, pour une action chrono-neuro-psychologique éventuelle. Éventuelle car nous ne pouvons pas mesurer le retentissement sur des personnes très âgées qui ne verbalisent pas facilement. Pour les soignés notre impression est que l'effet est favorable ; pour les

soignants ce n'est plus une impression mais une certitude. Or il ne faut pas oublier la "souffrance" des soignants en Service de soins de longue durée

- ☛ Sur toute la surface de l'établissement, pour ne pas avoir des imprégnations résiduelles (odeur d'urine - tâches dues aux fèces, aux boissons, éosine...) secondaires à certains comportements : carrelages avec plinthes de raccordement concaves, pour brossage mécanisé ;

Le coût d'investissement est plus élevé mais celui de fonctionnement diminué (imprégnation et renouvellement des sols plastiques). Les Résidents ont une baisse de la proprioceptivité qui facilite les chutes sur sol mou.

- ☛ Dans tout l'établissement, les tapisseries sont en fibre de verre peinte, ce qui représente un coût d'investissement plus élevé mais un coût d'entretien plus réduit car lorsqu'elles sont abîmées, il suffit de les restaurer sans avoir à les changer.

- ☛ La signalisation avec des lettres standardisées, afin de fournir un maximum de perceptibilité, permet de bien se diriger.

- ☛ Les portes auxquelles les résidents n'ont pas accès sont sans indication, ce qui diminue les stimuli visuels inutiles et permet une bien meilleure orientation. Et pour qu'elles soient reconnues par les soignants, un pictogramme facile à décrypter, est haut placé.

- De plus, placer à des endroits bien visibles des sigles suffisamment grands, étant donné la baisse de l'acuité visuelle, facilite la reconnaissance : des symboles bas situés, points de repères visuels permet l'identification des portes des pièces utilisées par les résidents.

- ☛ Les portes des chambres sont numérotées mais le nom et le prénom du Résident désignent l'adresse de son territoire personnel, de son chez-soi.

- Les résidents en institution, présentant des déficits cognitifs, ne peuvent pas comprendre des informations qui demandent une bonne mémoire comme « Votre chambre est la troisième porte à gauche ». Ces patients peuvent toutefois nommer et reconnaître les couleurs, surtout lorsqu'il s'agit des couleurs primaires : rouge, vert, bleu et jaune.

- Dans un couloir la porte de la chambre doit être d'une couleur tranchée par rapport à la couleur des murs ; les portes des salles communes doivent être d'une couleur saturée pour attirer le regard ; les portes des pièces de service doivent se fondre dans le coloris des murs.

☛ Les poignées des portes de la salle de soins (fermeture à code), des pièces de service (un passe-partout est à notre disposition), où les résidents ne doivent pas aller par sécurité sont planes comme pour la porte de la chambre, le lieu de restauration, etc.

LES COULOIRS

☛ Préalables...

- surtout pas de couloir circulaire car on "tourne en rond " aussi dans sa tête;
- sol bien éclairé, avec le maximum d'éclairage naturel ;
- pas de changement de niveau, d'objet mobile au sol, ni de changement de décoration ;
- continuité des rampes, fixées en console, avec partie ascendante en fin de course pour signaler cette fin.

Les fixations doivent être très solides aussi bien pour les efforts de pression que pour les efforts de traction.

☛ Le couloir de desserte des lieux d'hébergement :

- Il est le trait d'union entre deux ailes identiques de 35 lits (y ont été adjoints 5 lits d'hospitalisation temporaire devenue permanente mais avec le même personnel). Ses murs "bleu pétrole" supportent des tableaux offerts par des soignants et des familles. Les portes dont leur hublot permet une observation discrète des lieux de vie sont teintées "bleu foncé" et les autres grises .

- Ce couloir rectiligne est la passerelle qui laisse la possibilité aux résidents d'aller d'une unité à l'autre en toute liberté, ce dont ils ne se privent pas. Les personnes accueillies déambulent beaucoup du fait de leur maladie. En passant dans le couloir les résidents peuvent à tout moment saluer le cadre infirmier car son bureau ouvert et vitré est central. L'équipement de ce bureau comprend en plus de l'équipement standard, un poste de sonorisation, un poste travail informatique, un poste d'appel client. Les Résidents peuvent aussi rencontrer le médecin sortant de son cabinet.

- Les ascenseurs à code numérique qui naviguent entre le sous-sol et le premier, lieu de formation, sont accessibles dans ce couloir. L'un d'eux ne va que du sous-sol au couloir sert à transporter tout ce qui est propre (apporté par la navette avec le CH, repas, linge) ainsi que les résidents alités. Le second, plus petit, qui dessert les trois niveaux, sert à transporter "le sale" du service, mais permet (normes d'hygiène non

respectées) aux personnes handicapées d'accéder aux salles de formation.

- ☛ La structure des couloirs des unités de soins est une continuité de pans de mur rectilignes, convexes, rectilignes.

- Plus les murs des couloirs (décorés) sont rapprochés, plus le mouvement est perceptible (regard, voix, toucher ... communication). Aussi le couloir d'arrivée est large de 1,80 m, ceux des unités de 1,50 m, alors que les dégagements sont larges de 2 m. Notons aussi que l'utilisation de zones claires et/ou sombres permet de travailler l'orientation et l'accommodation.

- En hiver, du fait de la technique de chauffage retenue, les couloirs sont des zones plus froides que les pièces, ce qui obligent les résidents à choisir de s'orienter vers un endroit plus agréable. Ils symbolisent la rue où la musique (tonique ou calme) diffuse ainsi que dans les salles communautaires.

- ☛ La puissance du volume des enceintes acoustiques est modulable selon l'heure, les lieux et les circonstances (fêtes, décès...) grâce à un poste de sonorisation accessible à tout soignant.

LES SALLES D'ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES

LES SALLES À MANGER (50 m²) :

- ☛ Elles sont attrayantes par leurs couleurs et leurs larges baies vitrées. L'une d'elles a des murs bleu azur (calmant) avec un mobilier coquille d'oeuf (stimulant) rehaussé d'un bleu ciel (apaisant) ; l'autre a des murs vert nature (reposant) avec un mobilier orangé (stimulant).

- ☛ La couleur de l'assise des chaises plus soutenue que celle des pieds et des accoudoirs les rend beaucoup plus visibles.

- Un tissu de couleur claire placé sur le dossier d'une chaise foncée et unie produit le même effet.

- ☛ L'harmonie des couleurs, sans oublier celles des plantes et bouquets de fleurs, insuffle aux Résidents l'envie de ne pas s'en éloigner le temps du repas.

- ☛ La situation de coin suscitant six fois plus de communication a justifié le choix des tables rectangulaires dont les nappes blanches qui les recouvrent les jours de fêtes et les dimanches sont des repères temporels.

- ☛ L'aide au handicap se fait par l'utilisation de support de bol, d'ustensiles lourds pour être bien perçus, éventuellement de manches recouverts de plastique thermoformable épousant les formes de la main.

- ☛ Une adaptable sert de table pour le Résident dont l'attitude gêne et/ou avec son plan incliné soutient l'ouvrage à lire.

- ☛ Un lave-mains et une fontaine d'eau fraîche sont à la disposition de tous.

- Par contre, ces salles de restauration sont trop petites du fait du nombre de fauteuils roulants et de personnes ayant des comportements perturbateurs asociaux qui gênent la communication. L'architecte nous avait averti que les normes (1,50 m² par personne) de la Direction de l'Équipement (DDE) étaient trop exigües en fonction de la population accueillie qui présente des déficits cognitifs. Aussi, devons nous utiliser un coin de la salle d'activité attenante pour servir le repas à quelques résidents.

- ☛ Avant le déjeuner, la diffusion d'un "journal" informe, puis au cours des repas celle de musiques d'instruments à corde accentue le plaisir et la détente de ce moment.

- ☛ L'office (25 m²), cloisonné et juxtaposé aux salles communautaires, permet la préparation et la présentation des repas (chaîne froide). Il ne comporte pas de fenêtre car ce n'est pas un lieu où l'on doit demeurer longtemps...et son équipement est complet.

LES SALLES D'ACTIVITÉS (80 m²)

- ☛ Elles jouxtent les salles à manger et sont séparées par une cloison mobilisable, ce qui permet lors des fêtes de ne faire qu'une salle et de regrouper tous les résidents. Toujours de larges baies sur le jardin afin de laisser venir à soi l'extérieur. Un maximum d'éclairage naturel nous donne une information à intégrer sur le temps qu'il fait, la tranche d'heure en cours en fonction des ombres portées.

- ☛ Des fauteuils modernes sont en harmonie avec les meubles patinés amenés de l'ancien bâtiment qui rassurent. Les résidents s'y sentent en sécurité et, de ce fait, marchent au milieu de l'espace libre tout en respirant le parfum des huiles essentielles ou du papier d'arménie brûlé.

- ☛ Des placards fermés à clé permettent le rangement du matériel pour les activités d'éveil.

- ☛ La taille de ces pièces permet de cultiver la socialisation, la réhabilitation et l'estime de soi. Souvent un coin de cette salle devient, aménagé pour quelques heures par certaines familles, leur salon privé.

- ☛ La musique occupe le volume. Elle donne du relief au temps qui passe, au temps

passé et établit un pont relationnel entre les êtres.

- ☛ Le lundi après-midi, une des salles d'activité sert pour le déroulement de la messe.

- ☛ Les portes de ces salles communautaires sont de couleur bleu vif, par contre celles de l'office se confondent avec la teinte grise des murs qui l'encadrent.

- ☛ Dans ces pièces du fait des larges baies vitrées, les fonctions sensorielles des résidents sont sollicitées tout au long de la journée. La lumière joue un rôle dans les syndromes dépressifs et il est favorable que les résidents puissent jouir des paysages, des couleurs, de tout ce qui bouge à l'extérieur au rythme des saisons ; des odeurs, des bruits qui entrent par les baies en PVC ouvertes. Réagir aux variations du climat, imaginer la force du vent, prendre le soleil (vitamine D) sont des acquis de ces pièces.

- ☛ La personne âgée conserve suffisamment d'énergie et de capacités physiques pour aller jusqu'à son dernier jour debout, et assurer de courts déplacements aidés. Même si la marche a lieu à petits pas, elle a un rôle majeur sur plusieurs fonctions de l'organisme : sensorielle, musculaire, retour veineux, ossification ; mais aussi image de soi, narcissisme

- La marche est une activité capitale : toutes les fonctions de l'organisme bénéficiant de la verticalisation sont sollicitées. Or l'utilisation des fonctions prévient "le vieillissement immérité, le vieillissement de surcroît".

- Vivre c'est créer du mouvement dans l'espace, créer une utilisation du temps en rythmant les besoins et en réalisant les actes de la vie quotidienne, créer des plaisirs du corps en ajoutant des acquis sensoriels : créer des apprentissages nouveaux pour aller au delà du meilleur de soi-même.

LA SALLE DE SOINS (20 m2) ET LE PREMIER PATIO.

- ☛ Un puits de lumière apporte un éclairage naturel à la salle de soins. Le décor du patio - un mandala de galets et de sable - est très reposant.

- ☛ La salle de soins (entrées avec code) est divisée en deux parties inégales par une banque. Le pôle secrétariat de l'infirmier (e), informatisé est placé devant les vitres du patio. Cette disposition permet une bonne observation des allées et venues dans une partie du couloir d'arrivée. L'autre espace, équipé d'une paillasse, d'un réfrigérateur et d'un évier, sert aux soins et aux rangements des armoires de pharmacie, des chariots (semainier et pansements).

LA SALLE DE BAIN ET LE SECOND PATIO

- ☛ La salle de bains comprend deux parties dont le sol est revêtu de carrelage antidérapant.

- L'une de 20 m², "soins corporels" possède une baignoire à flot bouillonnant et à hauteur variable, un pédiluve, un lavabo et des placards de rangement.

- L'autre de 15 m² est pourvue d'une douche avec siège rabattable, un WC et des placards de rangement.

- Un pan de mur ouvert de chaque côté, sépare la pièce "baignoire" du coin coiffure. Ce coin coiffure possède une glace "corps entier" pour se voir debout et si possible redressé ; un meuble de type "coiffure" avec les attributs habituels à domicile est structurant.

- ☛ Son mur extérieur construit en briques de verre, exposé au sud, constitue une face d'un patio où poussent des bambous. Quatre vasistas en permettent l'aération.

- ☛ Les portes, comme toutes celles qui donnent accès à des salles d'hygiène ou de soin du corps sont jaunes, ce qui stimule l'oeil.

- ☛ La salle de bains ne doit pas être située près du hall d'entrée car dans la génération actuelle, certains Résidents crient lorsqu'on les baigne (non habitués à se baigner ou démence et peur de l'eau). Une situation près de la lingerie et de la salle de soins est souhaitable .

LA LINGERIE (25 m²)

- ☛ Elle est ouverte sur un espace éclairé par la lumière du jour et où se situe un des accès de la terrasse et le jardin. Les Résidents ont la possibilité de s'asseoir, de participer à l'activité de la lingère et leur regard embrasse les couloirs, la salle de restauration et l'extérieur au travers des baies vitrées.

- ☛ La lingerie est équipée d'un coin couture, repassage, rangement d'armoires de distribution sur roulettes ainsi que de penderies et rayonnages.

LES CHAMBRES (15 à 1 lit de 19 m² ; 10 à 2 lits de 26 m²)

- ☛ La largeur des portes, permet l'accès facile des fauteuils et leur couleur rehaussée est un point de repère. Le matériau étant teinté dans la masse, mêmes abîmées, elles gardent leur couleur.

- ☛ À côté de la porte, une lucarne (1/4 de la superficie de la porte) nous permet de voir le résident dans sa chambre sans le déranger. Mais pour préserver son intimité, le

résident a la possibilité de tirer le rideau qui occulte la lucarne et le soignant a en l'obligation.

- Près de cette lucarne, sur le mur du couloir, a été fixée une niche en bois avec une tablette et une plaque. Sur celle-ci, des lettres de grande taille identifient le nom et prénom du Résident. Des symboles associés tels qu'un logo, un objet ou une gravure significative aident celui-ci à reconnaître plus aisément sa chambre.

- Ce repère visuel lui permet en outre de rester en contact avec son identité, sa personnalité en lui fournissant une perception connue : un ancien maréchal-ferrant reconnaît ainsi sa chambre à la vue d'un fer à cheval posé sous son nom.

- A l'intérieur de la chambre, au dessous de la lucarne, une étagère décorée permet de poser un objet personnel. Sur la cloison juxtaposée, un boîtier couplé à la sonnette d'appel permet aux soignants de signaler leur présence dans cette chambre en utilisant des touches de différentes couleurs selon un protocole connu de tous et de communiquer. En effet, de par sa conception, c'est sécurisant pour le résident (voix rassurante) et un gain de temps pour le soignant (demande d'aide pour le lever).

- Le plafond de la chambre a deux niveaux différents qui concrétisent un coin jour haut et par une descente oblique, un coin nuit.

- Le coin nuit de couleur beige paille, est équipé d'un lit électrique à hauteur variable et barrières intégrées ce qui facilite la manutention et augmente la productivité économique (diminution des lombalgies) et sociale (meilleur vécu du rôle). Les montants du lit sont en bois (texture et couleur chaude).

- À côté du lit existe une table de nuit mobile. Son tiroir est doublé d'un récipient plastique qui le moule et que l'on peut sortir. Pourquoi ? Pour éviter que le bois ne s'imbibe d'urine car certains hommes ont tendance à confondre le tiroir avec un urinoir. Petites causes gros effets malodorants car le bois s'imprègne !

- Au-dessus du lit, une rampe de forme cylindrique apporte une lumière dont l'intensité est modulable et deux chambres sont équipées d'une veilleuse à cellule électrique qui devrait déclencher l'éclairage si la personne se lève uniquement dans l'obscurité et non en permanence comme c'est le cas (perte de repère et d'économie)

- Le coin jour aux murs havane clair, présente une table et son fauteuil, placés devant une fenêtre pouvant s'ouvrir selon deux modalités.

- À la limite des zones jour/nuit, le plafond est porteur sur sa longueur, d'une

zone transparente fixe qui permet à la lumière de rentrer même si le volet électrique de la fenêtre est abaissé, ce qui crée une pénombre (sécurité et/ou habitudes pour la sieste et la nuit). Le volet, électrique pour un gain de temps et une meilleure maintenance, donne l'occasion aussi de moduler la clarté selon le choix du résident, ce qui lui permet de se repérer dans le temps et de ne pas être désorienté la nuit.

- ☛ Les prises de courant sont haut situées (lombalgies des soignants) et les interrupteurs larges sont placés à hauteur de bras fléchi ; ceux de lumière et la sonnette sont accessibles en position couchée.

- ☛ On peut disposer des bouts de ruban coloré le long des interrupteurs et des prises de courant afin de les rendre plus visibles, surtout lorsqu'elles se confondent avec le mur. De même, décorer la tête des clés, à l'aide d'un ruban adhésif coloré, permet de les retrouver plus facilement.

- ☛ Une penderie couplée avec un placard sont présents pour chaque lit.

- Permettant aux "petits" (vieux ou non), d'arriver "en haut", leurs portes sont coulissantes et par expérience doivent être solides et bien fixées (certains résidents les enlèvent de leurs rails au risque de se les tomber sur les pieds).

- Quand on place la tête en hypertension, les artères vertébrales cervicales peuvent présenter une diminution mécanique du flux circulatoire, ce qui peut déclencher un vertige avec chute. Cela arrive à tout âge, mais le risque augmente avec les années du fait de l'arthrose et de l'athérosclérose.

- Un grand placard sous la penderie permet de ranger toute la garde-robe estivale ou hivernale selon la saison écoulée

- Les portes des penderies des chambres doivent pouvoir se fermer à clé (certains résidents de par leur comportement -dû à l'évolution de leur pathologie- mettent en vrac les vêtements rangés ou les enlèvent)

- ☛ L'insonorisation des chambres, pour que les cris nocturnes n'aient pas une action perturbante sur les voisins, est faite à partir de matériaux adéquats.

- Le résident qui souhaite regarder la télévision (poste suspendu), discuter avec sa famille, sans être dérangé par le comportement d'un autre, peut se protéger en tournant le loquet de la porte. Chaque soignant a un passe partout en cas d'enfermement.

- ☛ Le cabinet de toilette, central, est accessible aux fauteuils roulants et identifié par une porte jaune. Il est équipé d'un lavabo placé de façon à pouvoir se laver assis

tout en se voyant dans le miroir ; les robinets s'actionnent par une poussée latérale (ou lever-baisser) et l'armoire de rangement toilette est à portée. Une lucarne laisse pénétrer le jour.

- Les WC sont suspendus au mur. Nous les avions prévus à 0,55 m hauteur comprise mais ils ont été placés à cette hauteur sans la lunette, ce qui fait que leur hauteur tourne autour de 58 cm. Leur plus gros défaut, c'est d'être placés d'un côté à 10 cm du mur, ce qui rend difficile l'aide éventuelle à apporter à certaines résidents qui doivent être manipulés à deux. Cet inconvénient a nécessité l'utilisation des chaises percées.

- Des poignées murales de soutien, soit fixes, soit escamotables répondent au besoin d'équilibre en position debout ou assise. Une douchette (eau froide) permet le nettoyage des WC et du sol antidérapant (siphon de sol) ; une poubelle et balayette suspendues ; une sonnette d'appel accessible.

- ☛ L'identification des toilettes, afin de diminuer l'incontinence, nécessite de bien différencier la couleur des portes de celle des murs environnants et que la couleur des portes des toilettes soit identique dans tout l'établissement.

- Nous avons choisi des portes jaunes, les murs des chambres étant dans des tons pastels de marron.

- ☛ Un patio accessible, de plus grande superficie que les autres existe entre les chambres. On peut y accéder pour le traverser ou profiter des rayons du soleil, entouré de citronniers et de bruyères. Des stores peuvent protéger de la chaleur.

LE JARDIN À VISÉE "THÉRAPEUTIQUE"

- ☛ L'aide à la marche chez la personne âgée ne vise pas que la recherche de l'autonomie de déplacement. Même pour des patients autonomes, elle reste parfois un soin de santé, sous la forme d'aide manuelle à la marche sur des parcours variés (escaliers, gravillons ...).

- En ce sens cette aide n'est pas l'affaire de spécialistes, mais concerne tout le personnel de l'établissement d'accueil ; et les familles.

- ☛ Le dehors incite à vivre une situation contenant des éléments cognitifs, sensoriels, historiques, émotionnels. Le bruit, les sons, le rythme, la mélodie, éléments qui constituent la musique de la vie, sont des moyens qui donnent à la personne âgée l'envie de communiquer, de se mouvoir, de créer, de reprendre contact... avec la nature, la relation à soi.

☛ La relation à soi se fait par le jeu d'équilibre et la sensation du poids du corps. Aussi la marche est le facteur privilégié pour relancer la dynamique neuronale du désir de vivre. Dehors, marcher sur des sentiers variés, escalader de grosses pierres, stimule la proprioceptivité laquelle aussi est nécessaire pour circuler dans une rocaille en se frayant un chemin qui bruisse sous les pas. Se déplacer sur une allée centrale gravillonnée munie d'une rampe d'appui permet d'être plus réceptif à son attitude. Arracher une mauvaise herbe ou un poireau, ramasser les fraises sont pour certains résidents des occasions inestimées qui demandent certes de l'effort mais procurent du plaisir à retrouver ses racines terriennes. Cueillir les feuilles de verveine (tisane) et/ou des fleurs (bouquets) permet à d'autres de se réaliser. S'asseoir dans le gazon, jouer au ballon ou viser le cochonnet sont des actes sollicitant le corps de quelques résidents à se courber. Laisser le libre choix à la personne âgée d'oser renforce son autonomie élémentaire, son activité physique au risque de tomber. Des blessures telles que des égratignures, des bosses accompagnées d'une frayeur peuvent apparaître tandis qu'à l'intérieur, la fracture du col du fémur est le plus souvent la conséquence de la chute.

☛ Le jardin paysager apporte une autostimulation sensible, motrice et cutanée. Se laisser toucher par les éléments de la nature, inévitable, la caresse de l'air ou l'effleurage de l'herbe rétablit une communication sans peur. Rien ne calme ni ne revitalise davantage que de se frotter à l'air pur, à la biosphère.

☛ Le jardin contribue à établir une relation sensible dans le temps et l'espace entre la personne âgée et le paysage qu'elle apprivoise avec ses sens.

- Le sens olfactif est animé par des massifs de plantes aromatiques (thym, verveine, romarin, laurier, etc.) plantées tout au long de chemins sableux et sinueux. Une tonnelle de chèvrefeuille est odorante si on longe les chambres. En promenade, se laisser conduire par son nez : l'odeur du feu de bois et de la viande qui grille (émanant d'une mai son voisine), la plus forte stimulation, nous met en émotions. Alors, l'arôme des aliments est rejoint dans la mêlée buccale par d'autres équipiers : les récepteurs gustatifs, tactiles et mécaniques. De ce concert d'informations naissent des sensations qui racontent l'histoire culturelle et affective de chacun.

- La vision est aussi sollicitée par les formes et teintes des arbustes et cailloux variés. Les couleurs reposantes des bordures de gazon se mêlent aux couleurs apaisantes des ceanothes et des bleuets, stimulantes du forsythia et du mimosa aux

fleurs jaune vif. Les taches rouges des géraniums, dahlias et glaïeuls complètent la gamme des perceptions possibles.

- Sans oublier le sens tactile qui bénéficie du toucher des plantes aux feuilles rugueuses ou lisses, des fleurs plus ou moins veloutées, des arbres à l'écorce striée sur laquelle grouillent des fourmis. Fouiner dans les massifs à chercher où se cache la tortue est un jeu de compétition : la caresser est une récompense. Il suffit de rouvrir la main sur l'entourage pour éviter une perception restreinte du monde, le repli sur soi.

- ☛ Le jardin apporte des sensations, oblige à percevoir les variations climatiques pour adapter son choix vestimentaire. C'est l'occasion au résident de s'installer sur un sol dur porteur de gros rondins de bois soutenant une pergola sous laquelle les familles ont instauré leur rituel rendez-vous. C'est un lieu intime de convivialité où autour d'un gâteau, les langues se délient. C'est alors que chanter ou fredonner des comptines associées aux voix rieuses fait "voyager" dans les airs du temps passé.

- ☛ Dehors aussi les bruits de la nature et du voisinages font alterner le plaisir d'entendre les oiseaux, le bruit du vent dans les branches, et la prise sur la réalité vivante lorsque la tondeuse ou le tracteur d'un voisin ronronne au loin.

- ☛ Presser le pas pour accéder à la volière ne s'impose pas. Le résident se dirige, déterminé, vers ce lieu d'animation naturelle grâce à deux pigeons paons qu'il leur appartient de nourrir, de temps à autre sur l'allée se prolongeant sous des gloriettes qui seront couvertes au fil du temps par le jasmin.

- ☛ Une clôture grillagée limite les déplacements des résidents dans le jardin, car ils doivent rester visibles des soignants présents sur la terrasse ou dans les salles. Au delà une partie du terrain est plantée d'arbres fruitiers et libre pour des cultures potagères dans la prairie qui se prolonge, reposante, jusqu'à la limite extérieure du terrain clôturée par des peupliers bordant un treillis.

- ☛ Toutes ces choses vues, entendues, senties, goûtées avivent les perceptions et remémorent des souvenirs. Elles sont des sources de stimulation sensorielle qui représentent un élément d'équilibre important pour la personne âgée. Elles l'ouvrent au monde et constituent un point d'ancrage, de stabilité, ce qui l'aide à retrouver sa place. Ainsi le jardin apporte continuité et sécurité. Par sa structure, sa composition architecturale, par tout ce qu'il fournit pour le bien-être de la personne âgée, le jardin est thérapeutique : il permet sa reconnaissance comme un maillon existentiel de la chaîne humaine

☛ Je mentionne pour mémoire que le jardin a été élaboré en faisant attention de ne pas introduire des plantes toxiques (ex : digitale pourpre, sumac, etc...) car certains résidents ayant des troubles cognitifs mangent les baies attirantes par leur couleur.

☛ Nous n'avons pas envisagé dans cette étude l'utilisation des téléthèses car elles n'en sont qu'à leur début, notamment pour dépister les "fugueurs".

☛ Les robots programmés par informatique sont certainement des aides d'avenir notamment pour les personnes présentant des handicaps physiques. Le maintien à domicile de ces personnes pourra sous peu bénéficier de la domotique.

Monique Zambon
extrait du Mémoire DU Alzheimer - 15 décembre 2000

3 - «Après huit ans d'utilisation, projeter de nouvelles améliorations - juillet 2005

« ☛ Avec l'expérience de 6 ans de vie dans l'établissement je pense que l'architecture pour héberger des personnes ayant des troubles cognitifs doit être encore améliorée. Pour la personne âgée qui a peu de chance de retourner chez elle, l'institution est son "domicile".

☛ La **chambre**, notamment, représente son espace privatif, le reflet de son chez-soi où elle avait des habitudes de vie. D'ailleurs, on remarque que la demande de chambre individuelle prime de plus en plus. Aussi, une conception architecturale privilégiant la qualité au-delà du soin typiquement hospitalier, doit être recherchée.

Le **coin nuit** est occupé par un lit électrique, à hauteur variable et barrières intégrées. Celles-ci peuvent être remplacées par des pans latéraux clipés, en harmonie avec le style du lit.

- **Les dossierets tête et pied du lit** dont le style, la texture (bois) et la teinte (miel ou naturel) leur confèrent chaleur et authenticité, égayent cet intérieur intime. Ces meubles y compris la table de nuit, les placards, la chaise... permettent à la personne de retrouver l'atmosphère de son chez soi et d'apporter une certaine douceur de vivre.

- La **table de nuit** est mobile. La personne alitée a ainsi la facilité d'y accéder aisément pour voir l'heure au réveil, regarder la photo familiale, actionner une touche de son transistor, poser son livre ou prendre son verre qu'au préalable le soignant a rempli.

- **Au dessus de la table de nuit, dans un placard encastré dans le mur, est incorporé un petit frigidaire.** Celui-ci permet de conserver une ou deux bouteilles, quelques fruits et/ou le gâteau que la famille a apportés...

- **De l'autre côté du lit, un second placard cache un lavabo** équipé de

deux distributeurs (un à savon liquide et l'autre pour l'essuie-mains à usage unique). Ce point d'eau permet aux soignants, avant et après le soin, de laver leurs mains. Une commande actionnée par le pied, la hanche ou le coude déclenche l'écoulement de l'eau. De ce fait, le protocole du lavage simple hygiénique des mains est respecté. A noter aussi que pour le résident, voir les soignants se laver les mains témoigne de la déférence.

- **Supprimer la rampe d'éclairage "hospitalière" et la remplacer, comme chez soi le plus souvent, par une applique murale au dessus du lit** L'intensité lumineuse est réglée par un variateur.

☛ **Du lit jusqu'à la porte du cabinet de toilette**, une rampe d'éclairage à allumage par touches sensibles, est fixée à une hauteur de 80 cm du sol. Au fur et à mesure que la personne, prend appui sur la rampe et se déplace, une des ampoules clignote en fonction de la zone où s'exerce le contact. Dans l'espace jour, la rampe jouxte l'étagère d'angle de 50 cm de profondeur, utilisée comme table "suspendue".

- On peut concevoir aussi une rampe en bois épousant le même itinéraire que celui cité ci- dessus et des détecteurs de passage intégrés dans un plafonnier. Ces détecteurs peuvent se régler à angle plus ou moins ouvert et offrent une meilleure sécurité pour se déplacer.

- La lumière intermittente de la rampe (ou des détecteurs) attire l'attention de la personne.

- L'utilisation d'un système de minuterie permet d'éteindre les lampes progressivement dépassées. Cet éclairage donne un repère spatial important : le sens vers lequel la personne doit se diriger.

- La chambre doit être suffisamment grande pour accepter le meuble que le résident désire amener de chez lui. Cela a de l'importance : c'est le lien avec son histoire, sa vie passée.

☛ Dans le **cabinet de toilette**, lorsqu'une personne est sur les WC, elle peut avoir un malaise et il faut à ce moment que les soignants puissent se mettre à deux pour la soulever. Donc l'espace entre la cuvette et le mur doit être suffisant (minimum 50 cm) pour accepter le passage d'un soignant. Cela facilite aussi l'installation d'un résident quand l'évolution inéluctable de sa pathologie le nécessite.

- Par expérience je peux confirmer qu'une douchette équipée d'eau tiède est très utile pour respecter les habitudes de vie de certains résidents et /ou pour d'autres, présentant des troubles digestifs, de rendre plus confortable leur toilette.

☛ Dans les **couloirs** donnant aux chambres les parties convexes réalisées ne permettent pas au soignant de voir en une seule fois toutes les lampes du

couloir signalant que la sonnette a été activée. D'ou de nombreux pas sont nécessaires...

- ☛ Dans **la salle à manger**, la fontaine initialement installée a été enlevée. C'était une "fausse bonne idée" : l'eau fraîche n'est pas très appréciée par la plupart des résidents et les mesures de prophylaxie n'étaient pas appliquées régulièrement.

- ☛ **Un puits de lumière apporte un éclairage naturel à la salle de soins** et au couloir. Mais l'été, à travers des vitres du patio, le soleil apporte un rayonnement trop éblouissant, une chaleur insoutenable pour les résidents et les soignants. Aussi, des stores électriques, dont la couleur se confond avec celle des murs du couloir, ont été installés. Ces "moustiquaires" laissant passer une lumière tamisée apportent une pénombre et de la fraîcheur agréablement appréciées par tout le monde.

- ☛ **La réverbération du soleil sur les murs blancs des bâtiments** et le ciment gris de la terrasse es facteur d'éblouissement pour la PA dont on connaît la sensibilité à la lumière... jusqu'à ce que la végétation ait atteint son plein développement.

- ☛ Il n'y a **pas de fracture lors de la promenade des résidents dans le jardin**, ce qui confirme bien que les grosses pierres posées au sol sont source d'information à intégrer.

- ☛ Il n'est pas interdit de penser qu'à terme d'autres réflexions se feront jour...

Pour que l'architecture traduise fidèlement les besoins d'une institution pour personnes âgées en apportant le concours de sa technique et de son art, il est nécessaire que l'architecte ait connaissance du projet de vie et que la mise en volumes de la demande soit élaborée en étroite collaboration avec les personnes qui sont sur le front de l'action au quotidien, les soignants.»

février 2005

Monique Zambon

Pour prendre congé

Il y a toujours une différence entre ce que l'on prévoit et ce qu'on réalise en fait car des contraintes architecturales et législatives de sécurité modifient les données.

Dans le cadre de la gestion une architecture adaptée diminue les coûts ; au point de vue thérapeutique une architecture "prothétique" (Lindsey,1968) accroît les performances.

L'écueil à éviter est d'avoir des locaux sécuritaires alors qu'ils ne doivent être que sécurisants. Adaptés au handicap ils ne doivent pas être une source de création de handicap en étant sans relief, sans problème à résoudre : **les dendrites cérébraux restent fonctionnels s'ils sont obligés de se butiner entre eux. Ce qui donne envie d'exister, de progresser, ce qui propulse vers l'avenir, se loge dans les projets à édifier, dans de nouvelles perceptions à intégrer. Il faut toujours du grain à moudre, sinon on broie du noir...**

ANNEXES développées sur des pages spécifiques du site

- **Taille et forme des tables de salle à manger**

En fonction des bulles d'espace et des unités de communication

- **Hauteur des WC**

Bibliographie

- Côté J.G., L'environnement adapté, colloque 26/02/87, Montréal
- Ducharme F., Principes généraux d'interventions auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs irréversibles, LICACD, Montréal, 1987.
- Vellas P., Architecture urbanisme, vieillissement, C.I. Gérontologie sociale, Paris, 1987, 118 p.
- Vivre au Cantou, cahier de la Fondation de France, 1993
- Zambon M.- - Bianciatto J. P., Fogel C., Migayrou M., Perez B., Solé C., Diplôme Universitaire de Prise en Charge de la Maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés - C.H.R.U de Montpellier - 15 décembre 2000

28/05/2009
Dr Lucien Mias