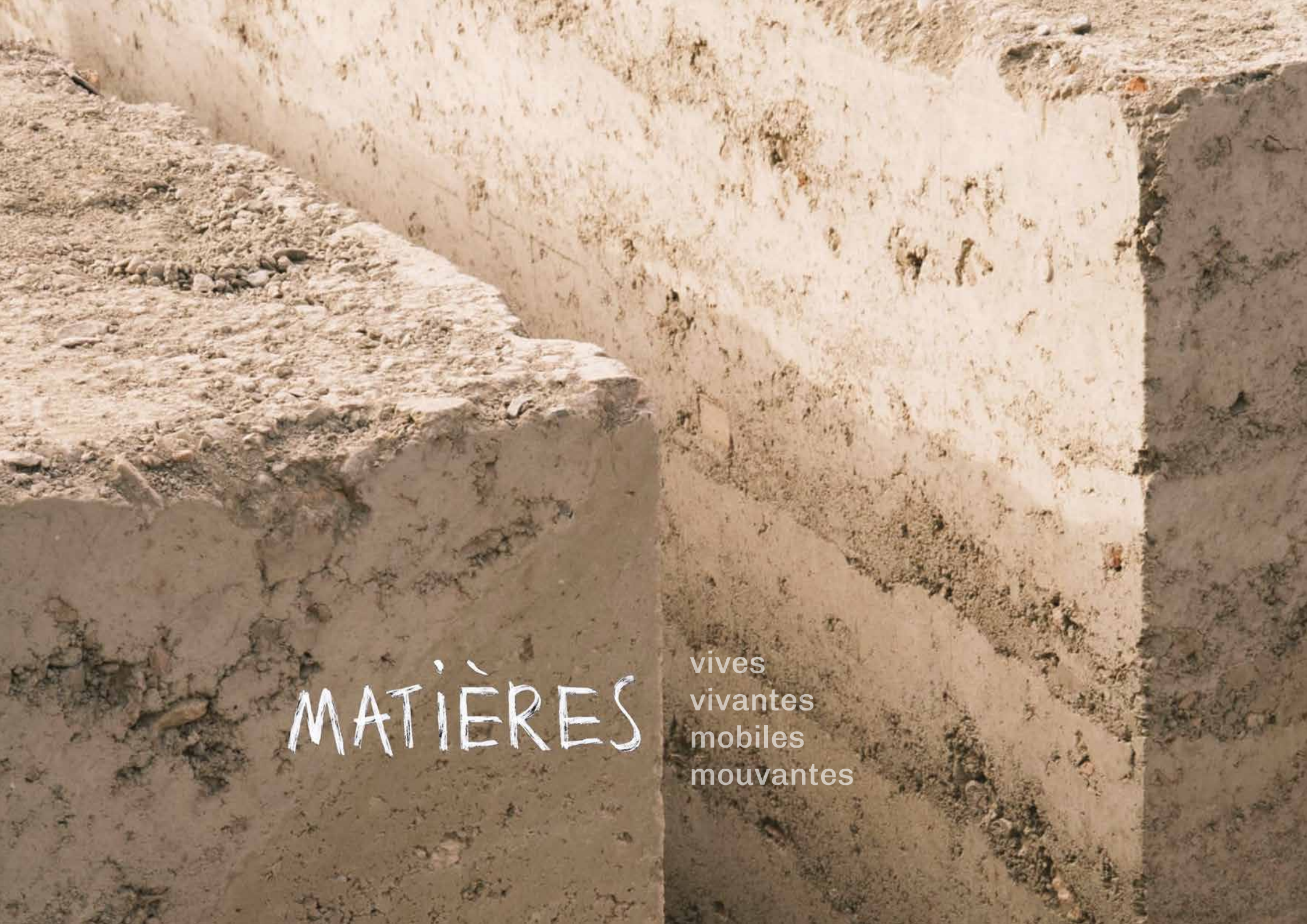




MATIÈRES

vives
vivantes
mobiles
mouvantes

MATIÈRES VIVES, VIVANTES, MOBILES, MOUVANTES

CONSTRUIRE POUR SOUTENIR LA MALADIE : Comment concevoir pour favoriser le bien-être des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

*Quels types d'hébergement peuvent-être
envisagés pour offrir une prise en charge
flexible et respectueuse des modes de vie
de chacun ?*

Julie Demeulenaere

Année académique 2023 | 2024

Avec le soutien de :

Manon Labarchède,
en tant qu'experte externe

Olivier Laloux,
en tant que promoteur

À mes étoiles,
gardiennes des souvenirs,
guides dans la nuit.

00 | Remerciements

| 00.1

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire, mais surtout :

Merci à **Manon Labarchède** pour son expertise précieuse, sa disponibilité et ses retours constructifs qui m'ont toujours encouragés à aller plus loin.

Un grand merci à **Olivier Laloux**, mon promoteur, pour sa patience infinie, son écoute attentive, sa disponibilité et son engagement sans faille.

Merci aux professeurs m'ayant soutenue tout au long de ce projet et de mes études.

Merci à **ma famille** pour leur présence constante et leur réconfort inestimable.

Je suis profondément reconnaissante envers **ma mère** pour son soutien indéfectible, ses encouragements dans les moments difficiles, sa volonté de célébrer chacune de mes victoires et ses qualités de relectrice.

Merci à **mes étoiles**, vous êtes ma source de force et de courage.

Merci à **mes amis** pour leur soutien infaillible durant toutes ces années d'études.

Enfin, un merci spécial à **Antoine**, pour ses mots toujours justes et réconfortants.

Depuis ma naissance, je me suis toujours sentie guidée par une sensibilité profonde qui anime mes actions. Dès mon plus jeune âge, j'ai été inscrite à des ateliers artistiques de **dessin**, de **peinture**, de **sculpture**, de **danse** et de **musique** où j'ai pu nourrir ma passion de l'expression artistique à travers une variété de médiums. Cette immersion m'a permis de cultiver ma fibre artistique et de développer un regard attentif au monde qui m'entoure. (Merci Maman !)

Lorsque j'ai choisi de poursuivre des études en architecture, j'ai cherché à insuffler cette même dimension sensible à la résolution des questions architecturales. Pour moi, cela implique de prendre en compte une multitude de facteurs, allant du choix des **matériaux** à la façon dont la **lumière** s'infiltre dans l'espace, en passant par les choix de **cadrage** de l'environnement extérieur. Au-delà de ces considérations techniques, je m'efforce également de me mettre à la place de ceux qui utiliseront ces espaces, afin de créer des environnements qui leur offriront une **expérience sensorielle et émotionnelle** enrichissante.

Je suis convaincue que la **dimension sociale** joue un rôle crucial dans la conception de tout espace architectural. C'est pourquoi j'estime essentiel d'étudier attentivement les différents publics auxquels le projet s'adresse, afin de proposer des espaces véritablement adaptés à leurs besoins et à leurs préférences. Cette approche me passionne et me motive à créer des lieux qui favorisent le bien-être et l'appropriation par ceux qui les fréquentent.

C'est en partie pour cette raison, et aussi en raison de mon expérience personnelle en tant que témoin des réalités souvent

difficiles vécues en EHPAD, à travers le parcours de mon grand-père touché par la **maladie d'Alzheimer** associée à la **maladie à corps de Lewy**, que j'ai ressenti le besoin de concentrer mon travail sur cette problématique. Lors de mes visites dans l'unité spécialisée où il était pris en charge, j'ai pu constater de manière poignante à quel point il était difficile pour les résidents de se sentir **chez eux**, une sensation qui semblait contribuer à un sentiment de dépossession et de désespoir chez certains patients.

En m'appuyant sur les connaissances acquises tout au long de mon parcours scolaire, j'ai souhaité élaborer un modèle d'habitat spécifiquement conçu pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mon objectif était de créer un environnement spatial favorisant le bien-être des résidents, en complément des traitements et des thérapies non-médicamenteuses, afin d'avoir un effet positif sur l'évolution de la maladie.



C'est à **mon grand-père** que je dédie en premier lieu cette recherche, puisqu'il a été directement touché par la maladie, mais aussi à **ma grand-mère**, qui l'a accompagné autant qu'elle le pouvait malgré les difficultés.

Elle a été pour moi un modèle de force et de courage, m'inspirant tout au long de ce travail.

00	01	02
	La maladie d'Alzheimer	L'architecture des espaces d'accueil
00.1 REMERCIEMENTS1	01.1 ORIGINES9	02.1 PRISE DE CONSCIENCE19-20
00.2 AVANT-PROPOS2	01.2 FACTEURS D'APPARITION DE LA MALADIE10	02.2 LE MODÈLE DE L'UNITÉ DÉDIÉE EN EHPAD21-36
00.3 INTRODUCTION5-6	01.3 ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES11-12	02.3 LE MODÈLE DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER37-48
00.4 MÉTHODOLOGIE7	01.4 TRAITEMENT ET PARCOURS DE SOIN13	02.4 LES MODÈLES INNOVANTS49-62
00.5 SIGLES ET ACRONYMES8	01.5 LES MALADIES APPARENTÉES14	02.5 ANALYSE COMPARATIVE63-64
	01.6 RAPPORT À L'ESPACE15-16	02.6 POUR RÉSUMER...65-66
	01.7 POUR RÉSUMER...17-18	

03

| L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

03.1	ARMENTIÈRES : ENTRE MÉMOIRE ET AMNÉSIE	59-60
03.2	UNE MAISON DE SANTÉ EN CONSTANTE MUTATION	61-64
03.3	LES JARDINS : VESTIGES D'UNE TRAME INVULNÉRABLE	65-68
03.4	DES REPÈRES COMME GUIDES SENSORIELS	67-82
03.5	SYNERGIE MÉDICO-URBAINE	83-84

04

| Une réflexion architecturale multiscalaire

04.1	S'OUVRIR À LA VILLE	85-86
04.2	CONSTRUIRE SOUTENABLE	87-88
04.3	FAVORISER ET MAINTENIR L'AUTONOMIE DU PATIENT	89-92
04.4	INTÉGRER LES FAMILLES DANS LE PARCOURS DU PATIENT	93
04.5	S'ADAPTER AU MODE D'HABITER DU PATIENT	94-112

05

05.1	CONCLUSION	113-114
05.2	LISTE DES FIGURES	115-119
05.3	BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE	120
05.4	ANNEXES	121-128

| 00.3

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui affecte progressivement les cellules cérébrales. Actuellement, en France, plus d'**1,2 million de personnes**¹ en souffrent, confrontées aux symptômes qu'elle provoque.

Face à la fréquence alarmante de nouveaux cas diagnostiqués, la nécessité d'une **prise en charge** et d'un **accompagnement adapté**, tant à domicile qu'en établissement spécialisé, est devenue cruciale dans notre société.

En tant qu'étudiante en architecture et petite fille de personne atteinte de la maladie, j'ai orienté mon travail de fin d'études vers la conception de **structures d'accueil innovantes**, en proposant **un modèle d'habitat spécifiquement conçu** pour les patients atteints par cette pathologie. Cela m'a amené à me poser la question suivante : « **Construire pour soutenir la maladie : Comment concevoir pour favoriser le bien-être des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?** »

Pour aborder cette question complexe et vaste et en faire une recherche architecturale concrète, j'ai reformulé la problématique ainsi :

*Quels types d'hébergement
peuvent-être envisagés
pour offrir une prise en charge
flexible et respectueuse
des modes de vie de chacun ?*

¹Source :
D'après la
Fondation
Recherche
Alzheimer.
(www.alzheimer-recherche.org)

Dans un premier temps, il a fallu définir les termes relatifs à la maladie d'Alzheimer et en comprendre son **fonctionnement** afin de pouvoir constituer une base solide de connaissances sur lesquelles s'appuyer. Cette étude s'appuie sur la lecture d'écrits concernant la pathologie ainsi que sur des entretiens avec des professionnels de santé.

Après quoi, il a semblé fondamental de comparer les différents modèles d'accueil proposés pour l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par l'étude de deux EHPAD, de deux centres d'accueil spécialisés Alzheimer ainsi que de deux projets innovants, l'inventaire des plus-values et des axes d'amélioration a pu être établi afin de motiver le projet architectural. Les structures d'accueil ont été analysées à travers les prismes de l'**entrée** et de la **sortie**, de la **déambulation**, de l'**éclairage**, des **limites entre espaces privés et espaces partagés** et de l'organisation des **espaces extérieurs**.

L'objectif de ces études de cas est de créer un document comparatif mettant en évidence les aspects importants à prendre en compte dans l'élaboration du projet tels que **le rapport au sol**, **la déambulation** induite par l'espace, **la matérialité**, **la lumière**, le traitement **des ouvertures**, les caractéristiques spatiales des **espaces extérieurs** ainsi que l'**atmosphère** générale du lieu.

Une troisième partie concerne le **contexte** dans lequel le projet a été imaginé. Par une analyse **AFOM** (Atouts/Faiblesses/Opportunités/Menaces) et par des recherches historiques permettant de comprendre les dynamiques d'évolution du site au fil du temps, des axes d'ancrage ont pu être définis et justifiés.

Enfin, la dernière partie s'est établie par la recherche à travers le projet architectural, en intégrant les contraintes thérapeutiques liées à la maladie et en explorant les possibilités d'intégration urbaine et de stimulation sensorielle.

Le projet résultant propose une variété de configurations d'accueil permettant aux résidents de choisir et de s'approprier leur habitat. En insistant sur l'inclusion et sur les relations sociales entre les individus, on offre un parcours sensoriel liant les différents éléments du dessein.

Cette approche exploratoire, basée sur des esquisses itératives et une recherche constante d'**innovation**, résulte de la mise en application des principes architecturaux appris tout au long de mes études.

| 00.4

Pour aborder cette problématique et élaborer une réflexion architecturale intégrant des **recherches théoriques** et la **conception d'un projet**, j'ai commencé par identifier les acteurs clés pour obtenir les informations nécessaires.

Dans un premier temps, j'ai exploré une variété de documents sur la maladie d'Alzheimer afin de comprendre son **fonctionnement**. Après quoi, j'ai recherché des écrits parlant de la relation entre l'architecture et la pathologie ; ce sujet étant peu traité par les architectes, je me suis rapprochée de personnes intéressées par cette question, telles que Manon Labarchède¹, qui a gentiment accepté de partager son expertise pour ce travail.

Ensuite, j'ai jugé essentiel de visiter des **établissements d'accueil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** afin de comprendre les dynamiques de conception de ceux-ci et de pouvoir observer les comportements spatiaux des patients. Là-bas, j'ai eu l'occasion de discuter avec des résidents ainsi qu'avec des professionnels de la santé, comme des neuropsychologues et des infirmiers, qui ont enrichi mes recherches de leurs perspectives et connaissances pratiques.

À travers l'étude de plusieurs modèles d'hébergement et d'accueil conçus pour les personnes atteintes de la maladie, j'ai pu réaliser un tableau comparatif des différentes réponses architecturales aux points de conception tels que : la taille de la chambre, l'accès aux espaces extérieurs, le niveau de clarté des repères visuels mais aussi le rapport au sol, la matérialité et l'atmosphère globale.

¹Manon Labarchède : Docteure en sociologie, architecte D.E, chercheuse en sciences sociales.

Il m'a semblé crucial également d'échanger avec des familles de personnes atteintes de la maladie pour comprendre leur point de vue et leur sentiment concernant le placement de leur proche dans un établissement d'accueil pour personnes âgées.

Une fois cette recherche effectuée, j'ai pu l'appliquer aux opportunités offertes par le site afin de proposer un projet d'architecture spécifiquement adapté au lieu et à la maladie.

Une analyse approfondie du site a été réalisée en tenant compte de ses **atouts**, de ses **faiblesses**, de ses **opportunités** et de ses **menaces**. Cette étude a permis de mettre en évidence les principaux enjeux du site, servant ainsi de base pour la conception du projet.

Le projet s'inscrit à différentes échelles, allant de l'**échelle urbaine** à celle de l'**individu**, en prenant en compte les besoins des soignants et des familles des patients. Tout en intégrant une dimension thérapeutique, le projet a été imaginé pour répondre spécifiquement à la dégénérescence causée par la maladie en mettant l'accent sur les sens touchés.

L'objectif principal était de se mettre à la place d'une personne atteinte de la maladie en lui proposant un espace **d'hébergement et de soin** adapté à son niveau d'autonomie et à ses capacités restantes, tout en assurant sa sécurité.

EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
URMAD	Unité de Retour et de Maintien A Domicile
ADI	Alzheimer's Disease International (association)
GIR	Groupes Iso-Ressources (niveau de perte d'autonomie)
APA	Allocation pour l'Aide aux Personnes Agées
CAJA	Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
PMR	Personne à Mobilité Réduite
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale



| 01.1

ORIGINES

C'est en 1907, lors de l'autopsie d'une patiente présentant des troubles de mémoire, des hallucinations et une forte désorientation que le psychiatre et neuropathologiste allemand **Aloïs Alzheimer** identifie la maladie qui portera son nom¹.

Cette maladie provoque des lésions responsables de la disparition de neurones dans certaines régions du cerveau, notamment celles associées à la mémoire, au langage, au raisonnement et à l'attention, ce qui peut entraîner divers troubles.

Les premiers neurones affectés par cette dégénérescence se trouvent généralement dans la région de l'hippocampe, responsable de la mémoire, ce qui explique l'association fréquente de la maladie avec des troubles mnésiques.

Cependant, au fil de son évolution, la maladie touche également d'autres zones cérébrales, affectant ainsi les capacités de communication, de réalisation de diverses tâches de la vie quotidienne et la capacité à effectuer plusieurs choses simultanément.

La maladie d'Alzheimer entraîne deux types de lésions du système nerveux central :

- Le dysfonctionnement de la protéine « Tau ».
- L'apparition de plaques « séniles » due à une autre protéine « Béta-amyloïde ».

Avec le temps, ces lésions se multiplient et affectent des régions de plus en plus étendues du cerveau, rendant la maladie de plus en plus manifeste et nécessitant souvent la présence d'un aidant familial ou professionnel.

¹Source :
D'après la
Fondation Vaincre
Alzheimer.
(www.
vaincrealzheimer.
org)

²Source :
Dessin retravaillé
d'après une image
publiée sur le
site web www.
doctoranytime.be

³Source :
Dessin retravaillé
d'après une image
publiée par la
Fondation pour la
recherche médicale
(www.frn.org)

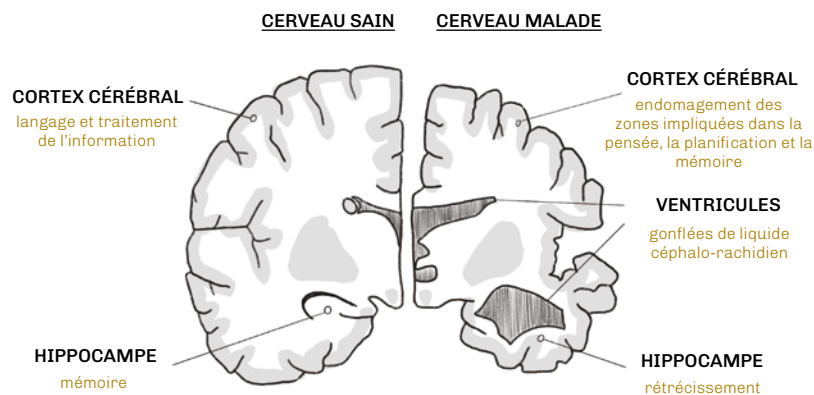


Fig. 1. Impact de la maladie sur le cerveau²

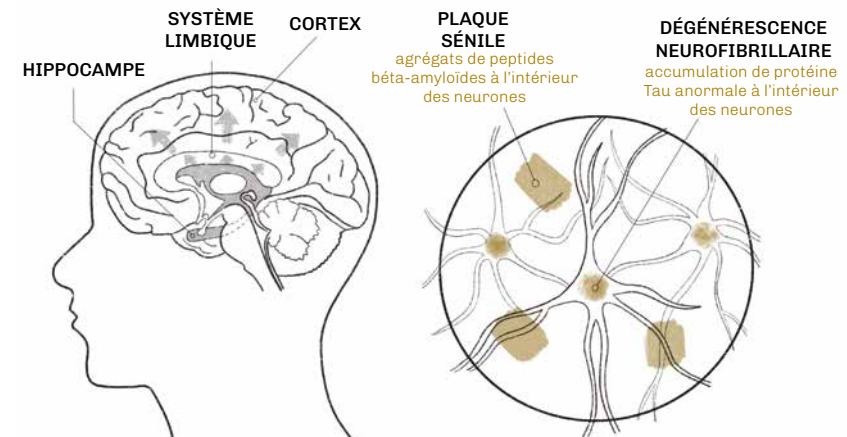


Fig. 2. Deux types de lésions³

FACTEURS D'APPARITION DE LA MALADIE

01.2 |

En France, la maladie d'Alzheimer touche **1,2 million de personnes**, avec 225 000 nouveaux cas recensés chaque année⁴. Selon les rapports de l'Institut Pasteur de Lille, on estime qu'une personne est touchée toutes les 3 minutes et que ces chiffres pourraient doubler d'ici 2050.

Il s'agit de la maladie neurodégénérative la plus courante chez les personnes âgées de plus de 80 ans, et les individus affectés ont généralement plus de 65 ans. Cependant, on estime que 65 000 personnes de moins de 65 ans sont également touchées en France ; d'après les recherches menées par l'INSERM⁵, ces patients souffrent souvent de formes familiales héréditaires rares de la maladie.

Dans le diagnostic de la maladie, il est important de prendre en compte divers facteurs de risques tels que l'âge, le diabète, la sédentarité, l'hypertension artérielle, les problèmes cardiovasculaires, le stress ou encore les microtraumatismes crâniens.

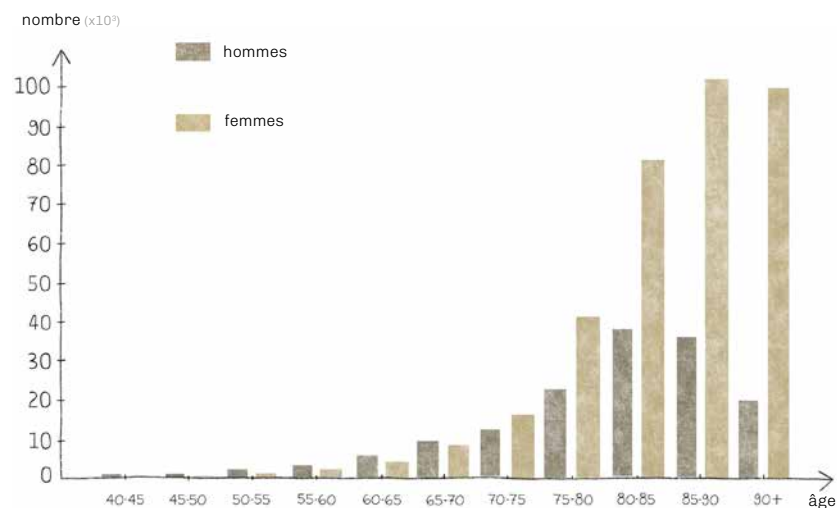


Fig. 3. Population touchée par la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) en fonction de l'âge et du genre en France en 2014⁶

⁴Source : D'après la Fondation Recherche Alzheimer. (www.alzheimer-recherche.org)

⁵INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

⁶Source : Données du Sniiram (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie), régime général, année 2014.

⁷Source : Santé publique France, 2019. (www.santepubliquefrance.fr)

⁸Source : Alzheimer Europe, Yearbook 2019.

⁹Source : 3e baromètre de la Fondation Médéric Alzheimer, septembre 2020.

¹⁰Source : IPSOS 2017.

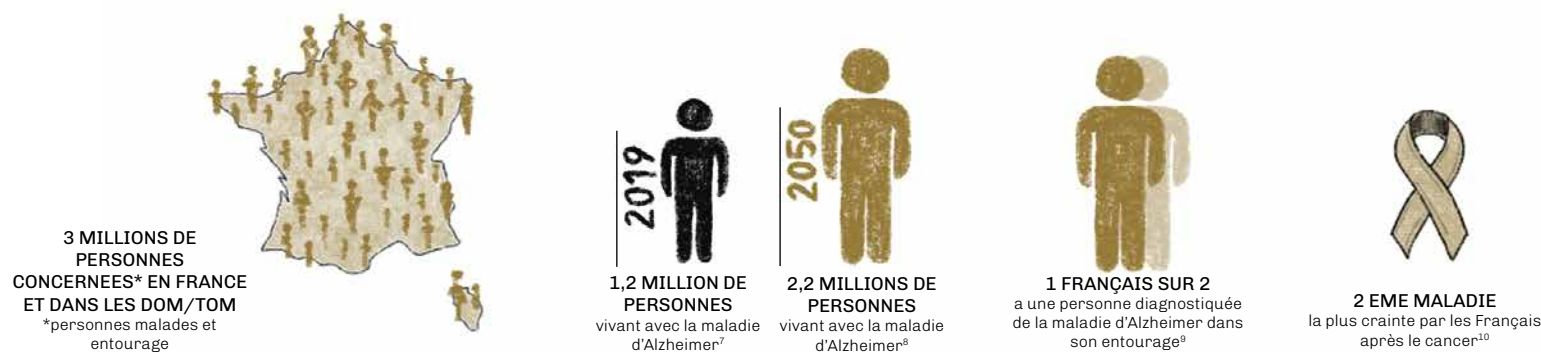


Fig. 4. Alzheimer en quelques chiffres

01 | La maladie d'Alzheimer

| 01.3

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES

¹Ligue Alzheimer :
ASBL
Association belge
d'aide et de soutien
à toute personne
intéressée et/
ou touchée
par la maladie
d'Alzheimer.

²Amnésie :
subst. féminin
Perte partielle
ou totale de la
mémoire.
(définition CNTRL)

³Aphasie :
subst. féminin
Altération plus ou
moins profonde
de la fonction
du langage,
sans paralysie
des organes de
l'articulation, chez
un individu atteint
de lésion des
centres nerveux,
et qui se manifeste
par la perte plus
ou moins totale de
la compréhension
et de l'usage
des signes
linguistiques,
parlés ou écrits.
(définition CNTRL)

⁴Apraxie :
subst. féminin
Incapacité pour
un sujet ayant
toutes ses facultés
intellectuelles,
motrices et
sensitivo-
sensorielles,
d'adapter ses
mouvements au
but recherché,
en raison de
troubles cérébraux
organiques.
(définition CNTRL)



Fig. 5. Pictogrammes représentant les 10 principaux signes et symptômes de la maladie d'Alzheimer d'après la ligue Alzheimer¹

L'évolution de la démence est rarement linéaire mais la perte de mémoire demeure le symptôme caractéristique de la maladie d'Alzheimer. D'autres troubles peuvent également apparaître chez le patient malade, tels que l'incapacité à reconnaître un espace familier, des difficultés à s'exprimer ou encore une incapacité à donner un jugement sensé. Ces signaux peuvent alerter sur l'urgence d'aller consulter un spécialiste.

La maladie d'Alzheimer affecte le système cognitif du sujet mais peut aussi s'apparenter à des troubles du comportement.

La mémoire est souvent la première fonction touchée, l'individu peut avoir du mal à mémoriser de nouvelles informations ou à se souvenir d'événements ayant eu lieu récemment. Cette **amnésie**² peut amener à une déambulation excessive, où la personne peut errer plusieurs heures dans son quartier sans retrouver son chemin, ou rechercher fréquemment des objets perdus.

Le langage est également rapidement altéré dans l'évolution de la maladie, la personne malade a du mal à trouver ses mots et a tendance à les remplacer par des mots de substitution : on peut apparenter cela à l'**aphasie**³. Par conséquent, elle peut avoir du mal à se faire comprendre par son entourage et développer une forme de frustration qui pousse à l'isolement.

Dès les premiers stades de la maladie, les patients ont du mal à exécuter des activités nécessitant une concentration et une attention particulière ; ils sont facilement distraits.

La coordination et la dextérité sont d'autres facultés se retrouvant facilement impactées par la maladie, les gestes du quotidien deviennent de plus en plus difficiles à effectuer jusqu'à devenir impossibles : on parle alors d'**apraxie**⁴. Ces comportements exigent une assistance médicale pour les patients, soit à domicile, soit en établissement spécialisé.

Des confusions dans l'identification d'objets ou de personnes peuvent survenir au cours de l'évolution de la maladie, il est fréquent que le patient soit dans l'incapacité de reconnaître des membres de la famille ou des proches. Ce phénomène, appelé **agnosie**⁵, peut être particulièrement déroutant et douloureux pour les familles, qui se sentent parfois rejetées ou incomprises par leurs proches malades et ont l'impression de devenir des inconnus à leurs yeux.

Outre les aspects cognitifs, des troubles affectifs et émotionnels peuvent également se manifester chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Une forte anxiété, une baisse de motivation, une irritabilité, des périodes d'euphorie excessive ou même une dépression peuvent survenir. Certains patients peuvent sembler méconnaissables, perdant leur intérêt pour des activités qui les animaient autrefois.

Un bouleversement comportemental est également courant au fur et à mesure que la maladie progresse et peut provoquer des réactions agressives, une forte agitation, des difficultés à trouver le sommeil, des troubles de l'appétit, une désinhibition, une déambulation excessive et sans but ou encore des idées délirantes et des hallucinations. Ces comportements nécessitent souvent une surveillance constante de la part des proches ou des professionnels de santé.

Au cours des sept stades d'évolution de la maladie, les personnes impactées peuvent éprouver un sentiment d'isolement, de dépossession et de rupture avec la société. Il est important de noter que la maladie d'Alzheimer n'est jamais la cause directe du décès d'un patient ; il est possible de vivre avec cette pathologie pendant plus de 20 ans si le diagnostic est posé précocement et si l'environnement est adapté aux besoins du patient.

⁵Agnosie :
subst. féminin
Incapacité de reconnaître un objet ou un élément du réel, alors que leurs qualités sensibles sont perçues par fonctions sensorielles restées intactes. (définition CNTRL)

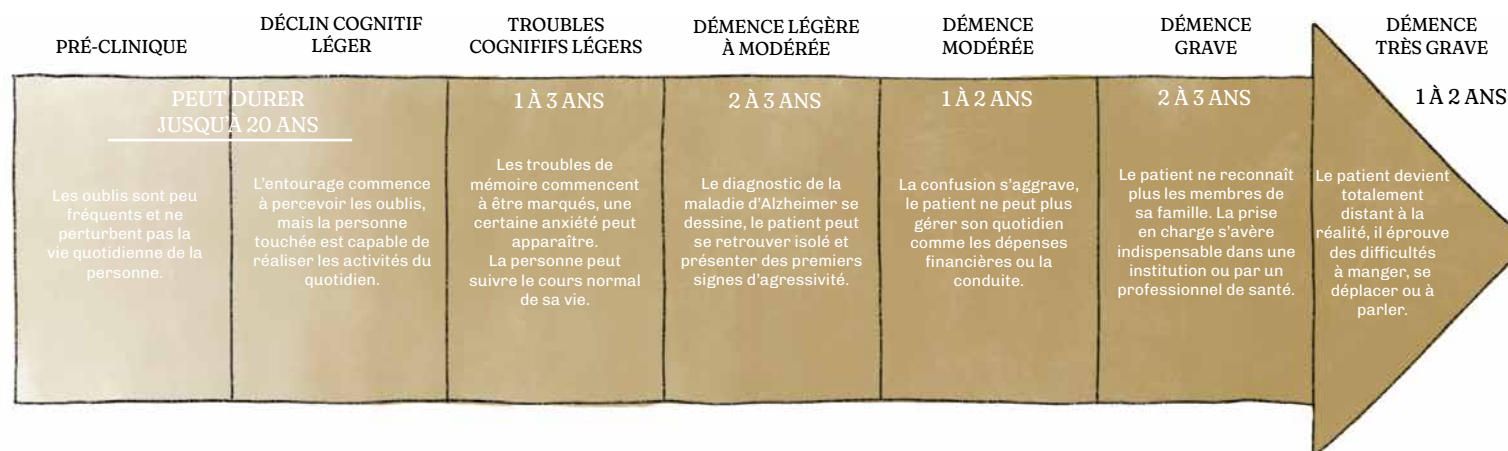


Fig. 6. Chronologie des différents stades de la maladie d'Alzheimer selon la GDS⁶

⁶GDS :
Échelle globale de détérioration décrite par le médecin Barry Reisberg en 1982.

| 01.4

TRAITEMENTS ET PARCOURS DE SOIN

¹**Musicothérapie** :
subst. féminin
Forme de thérapie
individuelle ou
collective utilisant,
à des niveaux
divers et selon
des modalités
différentes,
de la musique
enregistrée
(définition CNTRL)

²**Luminothérapie** :
subst. féminin
Exposition
régulière à une
source artificielle
de lumière
blanche, qui peut
être bénéfique
notamment dans
le traitement des
états dépressifs
hivernaux.
(définition
Larousse)

³**Zoothérapie** :
subst. féminin
Méthode
thérapeutique
qui utilise les
animaux (en
psychiatrie infantile
par exemple) ou
des substances
d'origine animale
(extraits d'organes,
extraits aqueux
ou alcooliques
de fragments
d'organes, broyats
d'insectes,
de reptiles,
etc.) comme
médicaments.
(définition CNTRL)

Actuellement, aucun traitement n'a été découvert pour guérir la maladie d'Alzheimer ou pour en ralentir significativement la progression. Bien que des substituts médicamenteux existent pour traiter les symptômes cognitifs, ils ne parviennent pas à enrayer la propagation des lésions cérébrales responsables de la maladie.

En complément des traitements médicamenteux, des thérapies non-médicamenteuses sont souvent prescrites afin de réduire la fréquence et l'intensité des symptômes chez les patients. Ces approches thérapeutiques reposent sur la stimulation des fonctions altérées. Parmi elles, l'**orthophonie** vise à préserver et entretenir le langage le plus longtemps possible, la **psychologie** contribue à stabiliser psychiquement le patient, tandis que la **kinésithérapie** et la **psychomotricité** œuvrent pour maintenir l'activité motrice et l'autonomie.

Une autre catégorie de soins repose sur la stimulation sensorielle, ayant démontré un effet positif sur l'évolution des symptômes. Parmi ces approches, on trouve la **musicothérapie**¹, la **luminothérapie**², la **zoothérapie**³ et les massages. Ces stimulations multisensorielles visent à maintenir la sensibilité de certains patients à des stimuli sensoriels tels que la musique, en réponse à la perte de sensations provoquée par la maladie, tout en améliorant leur qualité de vie.

Cette approche cherche à développer une activité cérébrale dans les zones non-affectées par la maladie afin de compenser les déficits observés dans d'autres régions du cerveau, telles que l'hippocampe.

Bien que l'efficacité de ces thérapies soit généralement reconnue par le personnel soignant, le manque de preuves scientifiques solides limite parfois leur utilisation.

Dans son ouvrage intitulé *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés – Accompagner autrement avec les interventions psychosociales et environnementales*, Kevin Charras note les effets bénéfiques sur le patient d'un bon accompagnement, basé sur un cadre de vie favorisant le bien-être et sur une approche psychosociale adaptée.

Il paraît essentiel que la prise en charge des patients soit **individuelle** et **personnalisée**, tenant compte de leurs préférences, de leur personnalités, de leur comportements et de leurs capacités restantes. L'objectif principal est de préserver au maximum leur autonomie et de retarder, dans la mesure du possible, leur placement en établissement d'hébergement.

LES MALADIES APPARENTÉES

01.5 |

D'autres maladies présentent des symptômes similaires à la maladie d'Alzheimer, mais se manifestent de manière différente : on les appelle les maladies « apparentées ».

Parmi celles-ci, la **maladie à corps de Lewy** affecte environ 250 000 personnes en France⁴. Elle se caractérise par des troubles cognitifs, des hallucinations, des troubles moteurs, des problèmes de sommeil et des changements de comportement. Les symptômes peuvent être semblables à ceux de la dépression. Comme la maladie d'Alzheimer, il n'existe actuellement que des traitements symptomatiques visant à ralentir la progression de la maladie, mais aucun traitement curatif.

Les **dégénérescences fronto-temporales** (DFT) sont également considérées comme des maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer. Décrites pour la première fois en 1911 par Aloïs Alzheimer, elles résultent de la mort progressive des neurones dans les lobes « frontal et temporal ». Bien que la maladie puisse avoir une composante génétique et affecter environ 11 cas pour 100 000 personnes⁴, aucun traitement curatif n'est actuellement disponible.

La maladie de Steele-Richardson-Olszewski, également connue sous le nom de **paralysie supranucléaire progressive** (PSP) est une maladie rare et souvent méconnue avec moins de 2 000 cas répertoriés en France⁴. Caractérisée par une paralysie progressive des mouvements oculaires, des troubles de l'équilibre, des difficultés visuelles, des problèmes d'élocution et des changements de comportement, le diagnostic de cette maladie peut être difficile et prend souvent du temps. Aucun antidote n'est aujourd'hui connu.

C'est une maladie qui provoque des troubles de l'équilibre, des difficultés visuelles et à s'exprimer ainsi que des troubles du comportement. Comme les deux maladies décrites précédemment, nous ne pouvons actuellement mettre en évidence de traitement curatif.

Enfin, la **dégénérescence cortico-basale** (DCB) affecte à la fois les fonctions cognitives et motrices. Causée par une surproduction de la protéine Tau dans le cortex et les régions profondes du cerveau, elle se caractérise par des troubles moteurs asymétriques, une apraxie et une altération cognitive. Considérée comme rare, elle touche moins de 5 000 cas en France⁴. Bien que des thérapies non-médicamenteuses telles que l'orthophonie et l'ergothérapie⁵ puissent aider à atténuer les symptômes, aucun traitement curatif n'est actuellement proposé.

Pour fluidifier la suite de la lecture, le terme de « maladie d'Alzheimer » sera utilisé pour parler de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

⁴Source :
France Alzheimer
& maladies
apparentées,
2024.
(www.francealzheimer.org)

⁵Ergothérapie :
subst. féminin
Technique
thérapeutique
utilisant des
travaux manuels
pour rééduquer
ou réadapter
les handicapés
physiques ou les
malades mentaux.
(définition CNTRL)

| 01.6

¹Acuité visuelle :
subst. féminin
Grandeur mesurant
la capacité de l'œil
à discriminer deux
points distincts,
en fonction de
la distance les
séparant et de
l'éloignement de
l'observateur.
(Larousse Médical)

La maladie d'Alzheimer affecte grandement les capacités visuelles, entraînant chez les patients atteints des difficultés à percevoir les **nuances de couleurs**, les **contrastes de profondeur**, les **mouvements** et les **motifs**. Ce déficit d'acuité visuelle¹ provoque des troubles dans la perception d'un espace, poussant souvent le patient à chuter ou à se cogner.

La difficulté à percevoir les mouvements se traduit par une incapacité à repérer et à comprendre les signaux visuels à distance ; les personnes atteintes de la maladie ont donc besoin de signaux visuels clairs et simples pour s'orienter.

Associé à la perte de mémoire et à l'incapacité à reconnaître des visages ou des objets, ce phénomène de troubles visuels peut engendrer une forte **désorientation** chez l'individu et l'amener à se sentir angoissé à l'idée d'être perdu et le pousser à déambuler de manière excessive pour retrouver son chemin. Cette action peut s'avérer dangereuse, si l'environnement n'est pas adapté, car elle épuise la personne et peut conduire à une mauvaise chute. La **dégradation auditive** perçue chez les patients, liée à la maladie et au vieillissement, contribue à renforcer ce sentiment de mise à l'écart et d'isolement.

Les images ci-contre mettent en relation la vision d'une personne atteinte de troubles visuels induits par la maladie d'Alzheimer avec celle d'une personne saine. On prend alors conscience de l'obstacle que représente un escalier pour une personne malade ; la perception des marches et des différentes profondeurs est altérée, ce qui rend la traversée impossible si la personne n'est pas accompagnée.

²Thomas M.
Laudate :
Docteur en
psychiatrie et en
psychologie à
Boston (MA).

RAPPORT À L'ESPACE

Cela ne veut pas dire que les escaliers sont prohibés mais qu'il est nécessaire de proposer des dispositifs de soutien tels que des rampes ou des garde-corps afin d'accompagner le geste.



Fig. 7. Simulation visuelle des troubles d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer par Thomas M. Laudate²

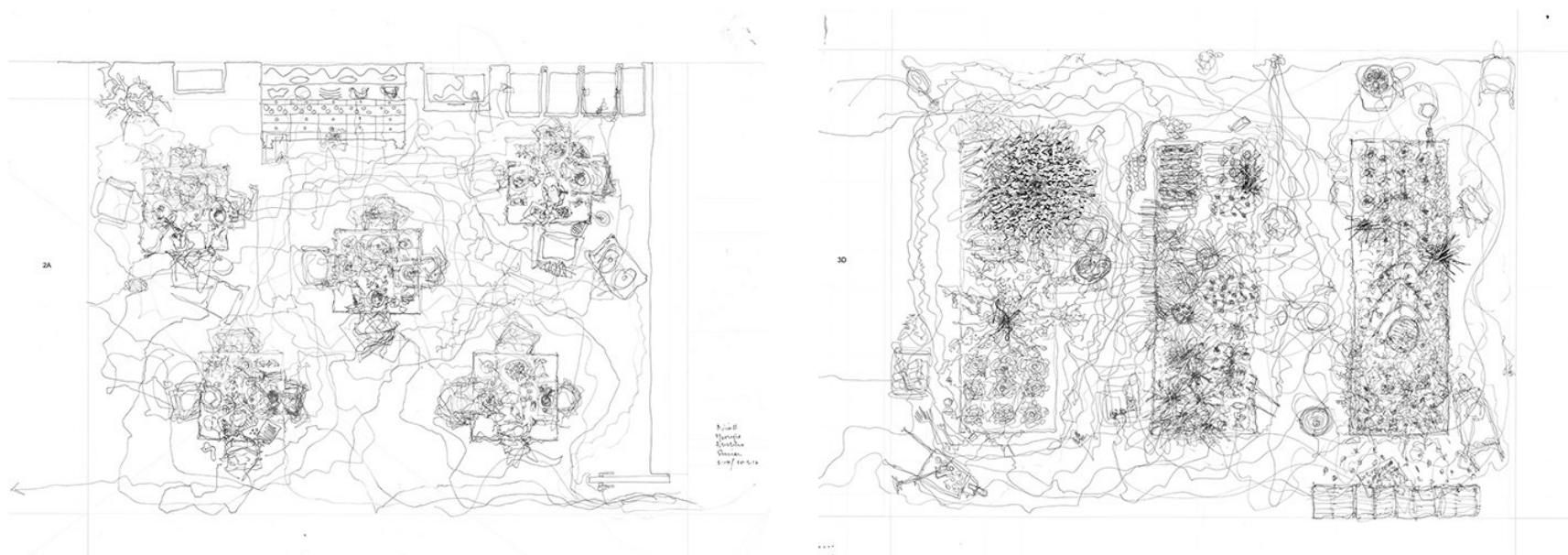


Fig. 8. Interprétation visuelle en plan de l'expérience d'un individu dans son environnement lors de l'exposition « Losing Myself »

Les architectes **Níall McLaughlin** et **Yeoryia Manolopoulou** ont abordé ces questions lors de la 15ème Biennale d'architecture de Venise à travers une installation immersive à laquelle les visiteurs ont pu participer ; ils ont su souligner leur principale préoccupation : « améliorer la qualité de vie, tout en travaillant en marge, dans des circonstances difficiles, face à des défis urgents. » (www.losingmyself.ie)³

Leur exposition *Losing Myself*, met en lumière leur intérêt pour cette problématique actuelle qu'est le manque de place et de qualité de vie pour les personnes marginalisées atteintes de la maladie. En exposant leur travail, ils prouvent que la question ne s'adresse pas uniquement au corps médical mais aussi au domaine de l'architecture ; on peut y voir ici un rôle à jouer dans la conception des espaces.

³Losingmyself.ie : Site web servant de référentiel pour les deux architectes Níall McLaughlin et Yeoryia Manolopoulou concernant leurs recherches et expérimentations sur la maladie d'Alzheimer.

POUR RÉSUMER...

La maladie d'Alzheimer suscite une grande crainte parmi les Français, avec un nouveau cas diagnostiqué toutes les trois minutes. Reconnaisable par l'apparition de symptômes tels que la perte de mémoire, la confusion spatio-temporelle, les problèmes d'élocution ou encore les changements d'humeur, cette maladie affecte profondément la personne qui la contracte ainsi que son entourage.

Les premières fonctions touchées sont généralement la mémoire, le langage et la coordination. Cela peut entraîner une incompréhension de la part de l'entourage et favoriser une forme d'isolement chez le patient. En outre, les dimensions affectives et émotionnelles sont souvent rapidement impactées par la maladie, se manifestant parfois par des comportements inhabituels tels que l'agressivité ou la dépression.

L'évolution des symptômes varie d'un patient à l'autre, ce qui souligne l'importance d'un accompagnement et d'une prise en charge individuelle et personnalisée. Pour maintenir une cohabitation aussi harmonieuse que possible avec la maladie, il est crucial que le patient bénéficie d'un soutien quotidien, que ce soit de la part d'un membre de la famille ou d'un personnel soignant qualifié.

Bien que la maladie d'Alzheimer ne soit pas directement mortelle, elle peut entraîner une détérioration de la qualité de vie du patient sur plusieurs années. L'adaptation de l'environnement social, paysager et thérapeutique peut donc contribuer à prolonger la durée de vie de la personne touchée par la pathologie.

Étant donné l'absence de traitement curatif, une approche non-médicamenteuse basée sur la stimulation des fonctions altérées est préconisée. Malgré le fait que cette thérapie n'ait pas encore fait l'objet de preuves scientifiques solides, le personnel soignant s'accorde à dire que les effets sur les malades sont remarquables.

Viser la thérapie et la recherche architecturale à travers la stimulation par la musique, la lumière et les animaux mais aussi par les sons, les odeurs et les textures peut être, selon moi, un réel moteur de projet.

La maladie d'Alzheimer n'est pas une maladie isolée, d'autres maladies dites « apparentées » existent et peuvent se manifester conjointement. Parmi elles, on compte la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences lobaires fronto-temporales, la paralysie supranucléaire progressive et la dégénérescence cortico-basale. Toutes ces maladies sont incurables à ce jour, soulignant ainsi l'importance de prendre en considération tous leurs aspects pour offrir une réponse adéquate et équitable.

Travailler avec la maladie d'Alzheimer en architecture présente plusieurs enjeux. Cela implique une nouvelle approche de la conception architecturale en se mettant directement à la place du patient. En effet, on repense la manière dont les espaces sont perçus en raison de la démence, on adapte les signes de repérage et d'orientation et on conçoit des dispositifs architecturaux visant à améliorer la qualité de vie des résidents.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.1

¹Source :
Site web de l'INSEE
(Institut national
de la statistique
et des études
économiques).

²World Alzheimer
Report 2023 :
Rapport mondial
sur la maladie
d'Alzheimer par
l'Alzheimer's
Disease
International (ADI).

³Source :
Citation de Kevin
Quaid, diagnostiqué
de la maladie à
corps de Lewy en
2017 et membre
de l'Irish Dementia
Working Group.

⁴Source :
Site web de la
Japan Dementia
International
Exchange Platform.
(<https://dementia-platform.jp>)

⁵Manon
Labarchède :
Docteure en
sociologie,
architecte D.E.,
chercheuse en
sciences sociales.

L'indéniable augmentation du nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie. En France, en 2023, elle est estimée à 80 ans chez les hommes et 85,7 chez les femmes¹. Ces chiffres résultent des progrès réalisés dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Cette hausse met en évidence l'urgence de prendre en compte et de comprendre la pathologie afin de proposer des modèles d'accueil adaptés. Actuellement, on constate que peu d'établissements sont en mesure d'accueillir un si grand nombre de patients de manière qualitative ; en raison du manque de moyens, de personnels qualifiés, d'espaces et de temps. De nombreuses infrastructures ne répondent pas aux contraintes imposées par la maladie. En conséquence, les individus touchés souffrent davantage et certains ne peuvent être pris en charge.

Dans certains pays comme le Japon, qui enregistre le plus grand nombre de personnes démentes au monde, des actions sont mises en place pour favoriser l'inclusion et éviter la marginalisation des patients. On voit ainsi émerger des « cafés de la démence » ou des restaurants gérés par des personnes malades. Selon le **World Alzheimer Report 2023**², ces interventions ont un impact significatif sur l'évolution de la maladie ; le maintien de l'engagement social dans un environnement sain et sécurisé permet aux personnes atteintes de démence de rester actives et de s'épanouir malgré la pathologie.

« Life isn't over after a diagnosis. »³

PRISE DE CONSCIENCE



Fig. 1. Photographie de l'« Ishikura café » à Utsunomiya au Japon⁴

Certains architectes ont pris conscience de leur rôle dans la conception de nouveaux modèles d'habitats pour personnes âgées atteintes de démences. Parmi eux, **Manon Labarchède**⁵, qui a consacré une thèse intitulée « *Les espaces de la maladie d'Alzheimer : conditions de vie, hébergement et hospitalité.* », et Fany Cérèse, qui brise le tabou autour de ce sujet.

Il est bien connu que la principale aspiration des personnes âgées est de rester chez elles le plus longtemps possible, évitant ainsi de déménager dans une maison de retraite pour le reste de leur vie.

La crise du COVID-19 a renforcé cette préférence ; même dans des conditions de vie moins idéales, plutôt que d'être placées en EHPAD avec le risque encouru de transmission du virus en collectivité. Ainsi, la question qui se pose est « **Comment rendre possible le vivre et le vieillir chez soi, quand on n'a plus la possibilité de rester dans son domicile ?** » ; il est donc urgent d'améliorer l'hébergement dans un esprit de convivialité des établissements dédiés aux personnes âgées.

Le concept de « virage domiciliaire » vise à promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées et le fait de se sentir « chez soi » peu importe le lieu dans lequel elle vit. Des associations telles que l'**URMAD**⁶ militent pour que le gouvernement facilite les démarches visant à garantir le bien-être des personnes en difficultés. Cela se traduit par **une adaptation** du « chez soi » afin de favoriser le maintien à domicile ou par **une transformation** des lieux d'hébergement en leur conférant de meilleures conditions d'accueil et de lieux de vie.

Selon Jean-Luc Charlot⁷ dans son ouvrage « *Pour en finir avec l'habitat inclusif* », il est essentiel de penser l'habitat dans ses 4 dimensions :

- l'environnement paysager et social
- le « chez soi » : quels sont les besoins ?
- le mode de vie : quelles sont les dimensions collectives de la vie ?
- la manière d'être accompagné

« Vous sentez-vous chez vous ici ? »

Colette Eynard, consultante en gérontologie, a apporté son expertise à de nombreux projets dans ce domaine, notamment en travaillant en étroite collaboration avec la fondation Médéric Alzheimer⁸ pendant plusieurs années. Elle partage ses connaissances dans un podcast intitulé « SocioGérontologie », animé par Fanny Cholet, où elle expose les différents modèles d'habitats pour personnes âgées qui existent actuellement.

Le premier modèle est celui de l'**hôpital**, où l'organisation institutionnelle prime sur les besoins d'habitat, mettant en avant les impératifs thérapeutiques. Dans ce cadre, les résidents sont souvent perçus comme des « objets de soins ». Les établissements de ce type incluent les EHPAD, USLD⁹ ou encore les SSR¹⁰.

Ensuite, on trouve le modèle de l'**hôtel**, où l'accent est mis sur l'autonomie du résident. Toutefois, ces établissements sont souvent uniformes et standardisés, ce qui rend difficile leur appropriation et ne favorise pas le sentiment d'être réellement « chez soi ». Cette typologie englobe les EHPAD privés et les résidences services, entre autres.

Après quoi, il y a le **modèle familial**, qui se manifeste à travers de petites unités de vie. Ces environnements sont chaleureux et familiaux, préservant l'intimité des résidents tout en les plaçant sous l'autorité de la maîtresse de maison.

Enfin, on retrouve le **modèle domestique**, symbolisé par les appartements ou les maisons, où les résidents ont la possibilité la plus grande de créer leur propre « chez soi ». Ce modèle représente le meilleur compromis entre intimité et liberté, et il est particulièrement adapté aux personnes âgées.

⁶URMAD :
Unité de retour
et de maintien à
domicile.

⁷Jean-Luc Charlot :
Sociologue animé,
entre autres, par
les questions
d'habiter et de
l'insertion des
personnes en
situation de
handicap.

⁸Fondation Médéric
Alzheimer :
Fondation visant à
faire progresser
l'état des
connaissances
de la maladie
d'Alzheimer en
s'appuyant sur
les recherches en
sciences humaines
et sociales et en
santé publique.

⁹USLD :
Unité de soins de
longue durée.

¹⁰SSR :
Soins de suite et de
réadaptation.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2

LE MODÈLE DE L'UNITÉ DÉDIÉE EN EHPAD

¹EHPAD :
Établissement
d'hébergement
pour personnes
âgées dépendantes.

²CANTOU :
Centres d'activités
naturelles tirées
d'occupations
utiles.

³Panoptique :
ajd.
Bâtiment [prison,
maison de
correction] qui est
aménagé de telle
sorte que d'un
point de l'édifice
on puisse en voir
tout l'intérieur.
(définition CNTRL)

⁴CNSA :
Caisse nationale
de solidarité pour
l'autonomie.

L'évolution de la maladie et les limites du maintien à domicile amènent à interroger la nécessité d'une entrée en établissement. L'accompagnement à domicile s'avère être complexe et sans répit pour la personne aidante ; elle devra faire des concessions tant au niveau professionnel que personnel, ce qui semble improbable voire impossible. C'est donc, généralement à contre cœur, que la décision est prise de placer la personne malade dans la structure spécialisée qu'est l'Unité dédiée en EHPAD¹.

Ces unités sont le fruit de l'évolution du modèle du CANTOU², introduit dans les années 70. Son concept était de proposer un espace de vie sécurisé et chaleureux pour les personnes âgées atteintes de démence, mettant l'accent sur la nécessité de créer un environnement adapté à leurs besoins spécifiques, en privilégiant la solidarité et la participation aux tâches quotidiennes.

Véritables lieux de vie, ces établissements sont maintenant représentés par les unités Alzheimer désormais intégrées aux EHPAD qui offrent un accompagnement social et médical. Elles accueillent généralement de **18 à 20 résidents** à temps plein, souvent jusqu'à leur fin de vie et leur fournissent leurs propres équipements (cuisine, salle à manger, salle de détente, cour...) souvent à l'écart des autres résidents.

Ces unités se présentent sous la forme d'espaces très fermés où l'on privilégie la sécurité au confort de vie. Les pièces sont fréquemment disposées autour d'une cour centrale que les résidents peuvent parcourir pour prendre l'air ou se détendre.

Afin de réduire les effectifs de soignants et de permettre une surveillance maximale, les plans sont généralement organisés de façon **panoptique**³, où l'infirmier peut surveiller un maximum de patients et intervenir rapidement en cas de problème.

Le coût d'un placement dans ces unités est le même qu'un placement en EHPAD et est couramment très élevé. Il comprend le prix de l'hébergement et le tarif dépendance (qui augmente avec le niveau de dépendance). D'après la **CNSA**⁴, le coût médian d'un hébergement en EHPAD s'élevait à 1 949€ par mois, en France, en 2016.

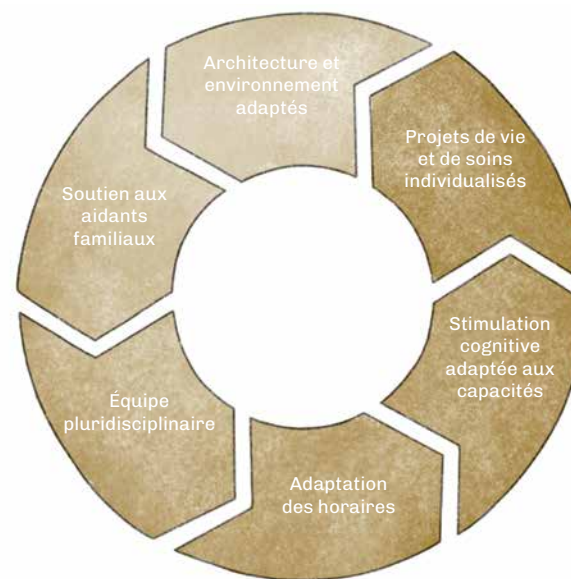


Fig. 2. Avantages proposés par les unités protégées Alzheimer en EHPAD

Les études de cas sélectionnées sont les suivantes :

- **L'Unité dédiée « Safran » de l'EHPAD Henry-Delerue**
à Houplines (France).
- **L'Unité dédiée de l'EHPAD Nicole Limoge**
à Ciel (France).

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.1

L'UNITÉ DÉDIÉE DE L'EHPAD HENRY-DELERUE À HOUPLINES (59)



Fig. 3. Photographies de l'EHPAD Henry-Delerue à Houplines¹

¹Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere le
24/04/24

L'EHPAD Fondation Henry-Delerue est une résidence médicalisée pour personnes âgées implantée à Houplines, dans le Nord de la France. Opérationnel depuis 1983, il offre une capacité d'accueil de 101 places, comprenant **18** places en unité Alzheimer. Idéalement situé à proximité du centre-ville, l'établissement jouit du calme d'un quartier résidentiel.



Fig. 4. Plan de situation contextualisé²

- espace commun
- chambre
- salle de bain
- salle de soins
- espace extérieur



Fig. 5. Plan de l'Unité Alzheimer de l'EHPAD Henry-Delerue d'Houplines - échelle 1:500²

²Source : Documents retravaillés par J. Demeulenaere d'après des photos aériennes et plans.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.1

L'unité Alzheimer, nommée « **Safran** », est séparée du reste de l'établissement par un digicode ; les lieux y sont conçus pour favoriser la déambulation. On compte 10 chambres simples et 4 chambres doubles, agencées le long d'un couloir contournant un patio central. Certaines chambres disposent d'une salle de bain, tandis que d'autres non ; on retrouve, dans l'une des pièces adjacentes aux espaces communs, une salle d'eau permettant d'accueillir les patients dépendant de soignants pour leur toilette. L'espace partagé est divisé en deux et comprend d'un côté un « **lieu de vie** » où les résidents mangent tous ensemble et de l'autre un « **salon** » où ils peuvent se détendre devant une télévision.

L'**entrée** et la **sortie** sont totalement contrôlées et dépendent d'un badge dont seuls les soignants disposent ; aucun patient ne pourrait donc s'aventurer dans la résidence sans accompagnant. Les relations entre les résidents de Safran et le reste de l'établissement sont donc proscrites et les échanges sociaux ne peuvent se faire qu'entre patients « **malades** » et le personnel.

La **déambulation** se fait le long de couloirs sombres dénués de lumière naturelle où les habitants ont tendance à se cramponner à une rampe fixée à mi-hauteur. Lors de la visite de l'établissement, la plupart des patients actifs se trouvaient souvent concentrés par petits groupes dans une même portion de couloir car il était pour eux difficile de lâcher cette rampe qui les sécurisait et les empêchait de tomber.

En fin de couloir, on trouve un petit patio d'une vingtaine de m² qui apporte un peu de lumière naturelle aux espaces partagés. Ce patio est accessible via une porte vitrée fermée la nuit.

³Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere le
24/11/23.



Fig. 6. Photographies de l'EHPAD Henry-Delerue à Houplines³

Chaque portion de couloir a été peinte dans une couleur différente pour permettre au résident de s'orienter et de retrouver sa chambre. Sur la porte de chaque chambre est placé un cartouche reprenant le numéro de chambre et l'identité de la ou des personnes qui y séjournent (nom, prénom et photographie).

Ces dispositifs ont pour but d'ancrer la personne malade dans un contexte sécurisant où l'**identité** a son importance, les notions de limites entre espaces privés et espaces partagés doivent être claires et compréhensibles de tous.

02.2.1 |

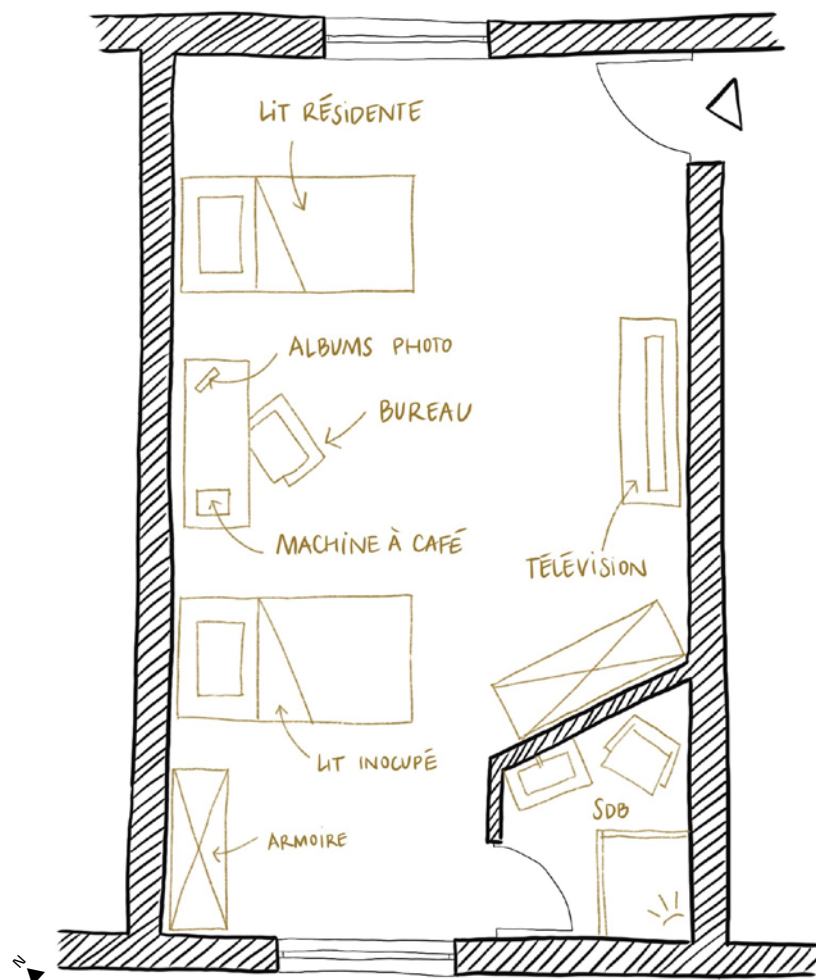


Fig. 7. Esquisse du plan de la chambre d'une résidente de l'Unité Safran⁴

Certaines chambres sont partagées entre plusieurs résidents, comme celle de Mme Augustine qui dispose d'une chambre de 33m² avec salle de bain. Cette chambre a la particularité d'avoir deux fenêtres placées sur des pans de murs opposés permettant de bénéficier des lumières provenant à la fois du Nord-Est et du Sud-Ouest. Ainsi, Augustine peut profiter des variations de la lumière naturelle tout au long de la journée.

En « colocation » avec une autre résidente qui n'est sur place qu'une semaine sur deux, elle peut profiter de l'entièreté de la chambre et s'en approprier l'espace. De nature discrète et calme, elle préfère prendre son café seule et a donc aménagé un petit espace sur son bureau avec une machine à café, des tasses et des magazines. Par cet agencement, elle témoigne sa volonté d'avoir des moments d'intimité et de tranquillité.

Beaucoup de photos, de dessins et de fleurs sont disposés de part et d'autre de la chambre pour lui rappeler ses proches et stimuler sa mémoire. Elle raconte avec enthousiasme les événements qui ont marqué sa vie et celle de son mari⁵. Ces souvenirs lui offrent un cadre de vie rassurant et familier dans lequel elle peut évoluer avec ses habitudes passées sans avoir l'impression d'être plongée dans un environnement inconnu et angoissant.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont besoin de garder un contact avec les choses **réconfortantes** qui ont marqué leur vie. Outre les visites de leurs proches, il est nécessaire de leur créer une atmosphère **sécurisante** et **stimulante** afin de contribuer à leur **bien-être** et leur **quiétude**.⁶

⁴Source :
Esquisse
réalisée par
J. Demeulenaere
le 24/11/23.

⁵Source :
Informations tirées
d'un entretien avec
Mme Augustine
réalisé
le 24/11/23
consultable en
annexe.

⁶Source :
Podcast
SocioGérontologie
intitulé «A quoi
ça tient le chez
soi» avec Colette
Eynard.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.1

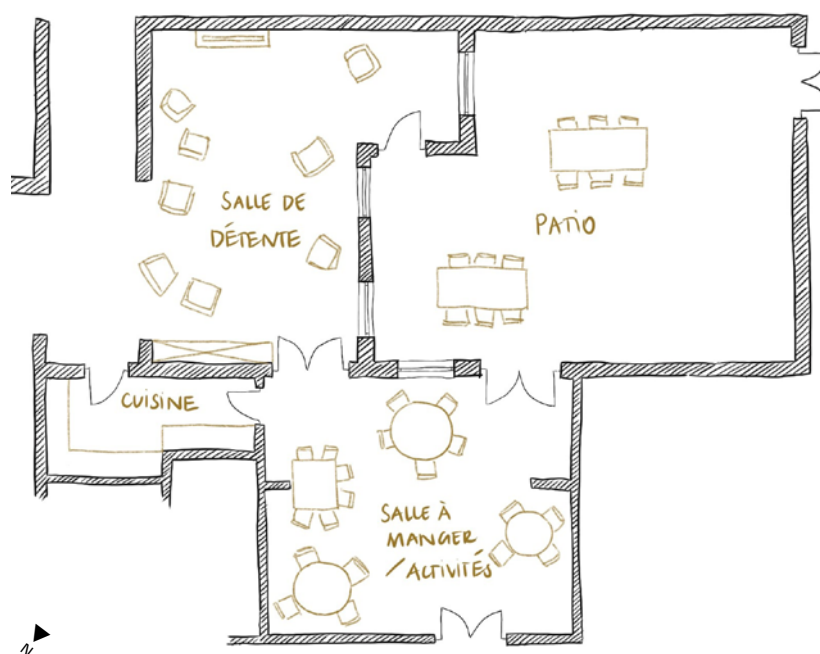


Fig. 8. Esquisse du plan des espaces communs de l'Unité Safran⁷

Les espaces communs sont concentrés au même endroit, soit au centre de l'unité, contournés par le couloir desservant les chambres privées. On y trouve une **salle à manger/salle d'activités** où les résidents s'installent autour de tables rondes ; les trois repas rythmant une journée sont pris en communauté et les aides-soignants sont là pour accompagner les personnes les plus dépendantes.

À côté, se trouve une **salle de détente** où des sièges occupent l'espace, entourant une télévision où les résidents semblent passer une bonne partie de la journée. Cet espace, initialement pensé pour être en lien avec le patio, se retrouve souvent obscurci par de longs rideaux et devient donc une pièce « dortoir » où les patients ont l'habitude de faire la sieste.

Le **patio**, espace central de l'unité, est aménagé par deux tables pouvant accueillir des résidents souhaitant profiter du soleil ou simplement prendre l'air. On y trouve de petits espaces plantés où poussent des légumes et des aromates ; des ateliers de jardinage sont proposés aux patients volontaires et stimulant ainsi leur mobilité et leur dextérité à travers une activité ludique et manuelle. D'autres ateliers sont également proposés en intérieur comme la cuisine, les loisirs créatifs ou encore la musique.

Une petite cuisine est disponible pour le personnel médical, équipée d'un micro-ondes, d'une cafetière et d'un réfrigérateur ; cet espace n'est pas accessible aux résidents.

La frontière entre espaces communs et espaces privés est marquée par le couloir qui dessert les chambres. L'accès aux chambres varie d'un patient à l'autre ; certains disposent d'une clé pour ouvrir et fermer à leur convenance tandis que d'autres, dont le stade de la maladie est plus avancé, nécessitent l'assistance d'un soignant pour accéder à leur espace personnel.

⁷Source :
Esquisse
réalisée par
J. Demeulenaere le
24/11/23.



Fig. 9. Photographie depuis le patio de l'Unité Safran⁸



Fig. 10. Photographie vers l'espace de détente de l'Unité Safran⁸

⁸Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere
le 24/11/23.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.2

L'UNITÉ DÉDIÉE DE L'EHPAD NICOLE LIMOGÉ À CIEL (71)



¹Source :
Photographies
réalisées par
Jérôme Beg.



Fig. 11. Photographies de l'EHPAD Nicole Limogé à Ciel¹

L'EHPAD Nicole Limoge est une maison de retraite destinée aux personnes âgées dépendantes, située dans la ville de Ciel, en Saône-et-Loire. Dotée d'une capacité d'accueil de 80 résidents dont **12** sont spécifiquement pris en charge dans chacun des unités Alzheimer, cette résidence bénéficie d'un emplacement privilégié au cœur d'un lotissement paisible, offrant ainsi le calme et la sérénité de la campagne environnante.



Fig. 12. Plan de situation contextualisé²



Fig. 13. Plan des Unités Alzheimer de l'EHPAD Nicole Limoge de Ciel - échelle 1:500²

²Source : Documents retravaillés par J. Demeulenaere d'après des photos aériennes et plans.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.2

Le plan est organisé autour d'une « rue intérieure » qui donne accès aux différents espaces de l'établissement. On y trouve des salles d'activités polyvalentes, un salon de coiffure ou encore l'entrée des deux unités Alzheimer. Cette rue se prolonge à l'extérieur pour guider le patient vers le parc.

Les deux unités Alzheimer sont situées au rez-de-chaussée, **séparées du reste du bâtiment** par un sas sécurisé et encadrent deux jardins orientés vers le sud. Dans l'un des jardins, se trouve un arbre que les architectes se sont appropriés pour créer des espaces de détente ombragés. Une promenade sensorielle se dessine alors avec des terrasses en bois et des espaces plantés offrant une variété d'odeurs selon les saisons, permettant aux résidents de stimuler leur **odorat**.

Dans chaque unité, on retrouve des espaces de vie comme les salles à manger, les espaces d'activités collectives et les offices thérapeutiques, tous orientés vers le parc pour profiter de la vue panoramique qu'il offre. Les cloisons entre ces espaces sont évitées pour offrir un parcours de **déambulation** clair et sans impasse. Bénéficiant de lumière naturelle, les espaces communs s'ouvrent sur le jardin central, créant ainsi une continuité entre intérieur et extérieur.

Les chambres sont toutes équipées d'une salle de bain et sont disposées autour d'un noyau central comprenant les espaces techniques. On y accède via un espace de déambulation ouvert autour du noyau, orienté soit vers le jardin, soit vers les espaces communs.

³Source :
Plan retravaillé par
J. Demeulenaere
à partir de plans
existants.



Fig. 14. Plan d'une des unités Alzheimer - échelle 1:300³



Fig. 15. Photographie du jardin partagé entre les deux unités Alzheimer de l'EHPAD Nicole Limoge de Ciel⁴

Chaque chambre est individuelle et équipée d'une large fenêtre pour maximiser l'entrée de lumière naturelle. Les résidents les plus autonomes peuvent accéder à leur espace personnel en utilisant un digicode, tandis que les autres ont besoin d'un soignant pour les accompagner jusqu'à leur chambre.

L'espace est dominé par des tons clairs tels que le beige et le gris, agrémentés de nuances de bois pour marquer certains accès. Grâce à cet agencement subtil de textures et de couleurs, l'**orientation** des patients est facilitée.

Les façades du rez-de-chaussée sont conçues en béton matricé mettant en valeur les traces du coffrage en bois pour assurer une harmonie visuelle avec les façades bardées de bois des étages supérieurs.

Le jardin dédié aux deux unités Alzheimer est isolé des autres jardins de la résidence, ce qui limite les interactions sociales entre les résidents atteints de la maladie et les autres pensionnaires. Néanmoins, une terrasse végétalisée surplombe ce jardin et permet une connexion visuelle.

⁴Source :
Photographie
réalisée par
Jérôme Beg.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.2

⁵Source :
Esquisse
réalisée par
J. Demeulenaere.

⁶ANAP :
Agence nationale
d'appui à la
performance des
établissements de
santé et médico-
sociaux :
groupement
d'intérêts public
chargé d'aider les
établissements à
améliorer leurs
services par le
biais d'outils et de
recommandations.

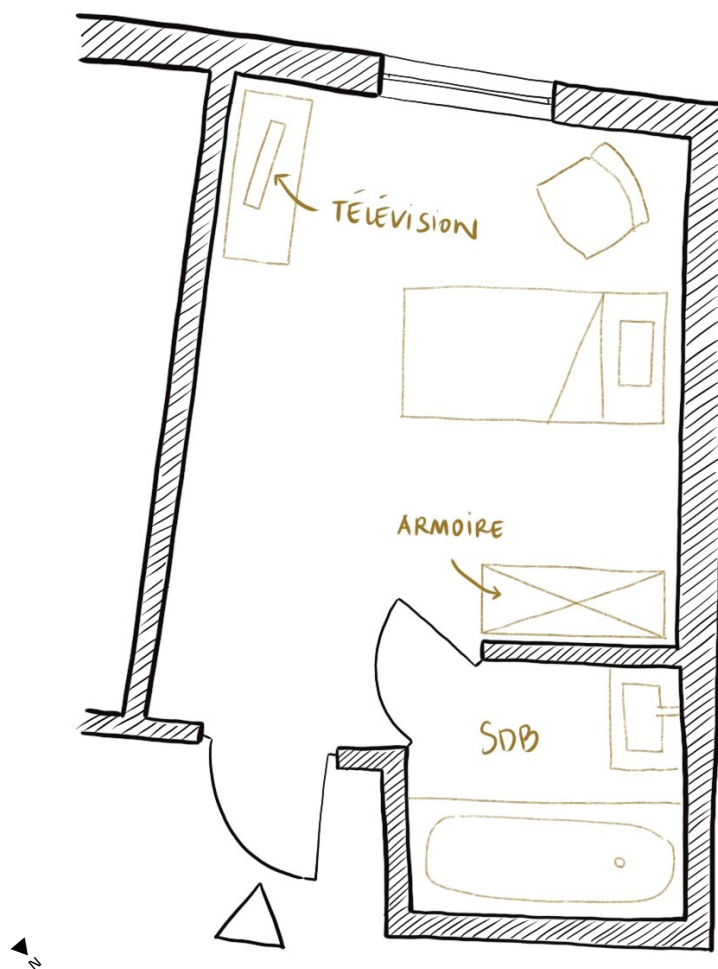


Fig. 16. Esquisse du plan de la chambre d'un résident de l'Unité Alzheimer⁵

Si l'on regarde l'échelle de la chambre, on constate que l'espace est assez restreint, offrant un espace intime d'environ **14 m²** comprenant un lit simple, un meuble avec télévision et une armoire. Rappelons que l'**ANAP**⁶ recommande des chambres de **20 à 22 m²** par résident, et que dans ce cas-là nous sommes bien en dessous. La taille de la chambre limite les possibilités d'appropriation de l'espace par les résidents.

Chaque chambre dispose d'une unique fenêtre et est dotée d'une salle de bain d'environ 5 m² proposant une baignoire ou une douche, ainsi qu'un espace pour le lavabo. Les toilettes sont situées au centre des espaces communs de circulation, ce qui rend très limitée la **notion d'intimité** pour le résident qui se voit devoir traverser tout le couloir à la vue de tous pour aller faire ses besoins.

Chaque résident s'efforce de personnaliser sa chambre en y ajoutant des effets personnels tels que des photographies ou des objets de décoration dans le but de rendre l'espace plus **agréable à vivre** et plus **familier**.

02.2.2 |

Les espaces communs sont conçus de manière à être totalement **traversants**, sans aucune paroi séparative. Cette disposition permet aux résidents d'avoir une vue sur tous les espaces environnants sans être contraints par de longs couloirs difficilement parcourables. La **déambulation** peut alors se faire plus simplement et sans risque de désorientation.

Ces espaces partagés, comprenant des zones d'**activités collectives** et un **espace de restauration commune**, sont ouverts sur les jardins et bénéficient de la lumière naturelle toute la journée en offrant un accès aux espaces extérieurs aménagés spécialement pour stimuler leurs sens.

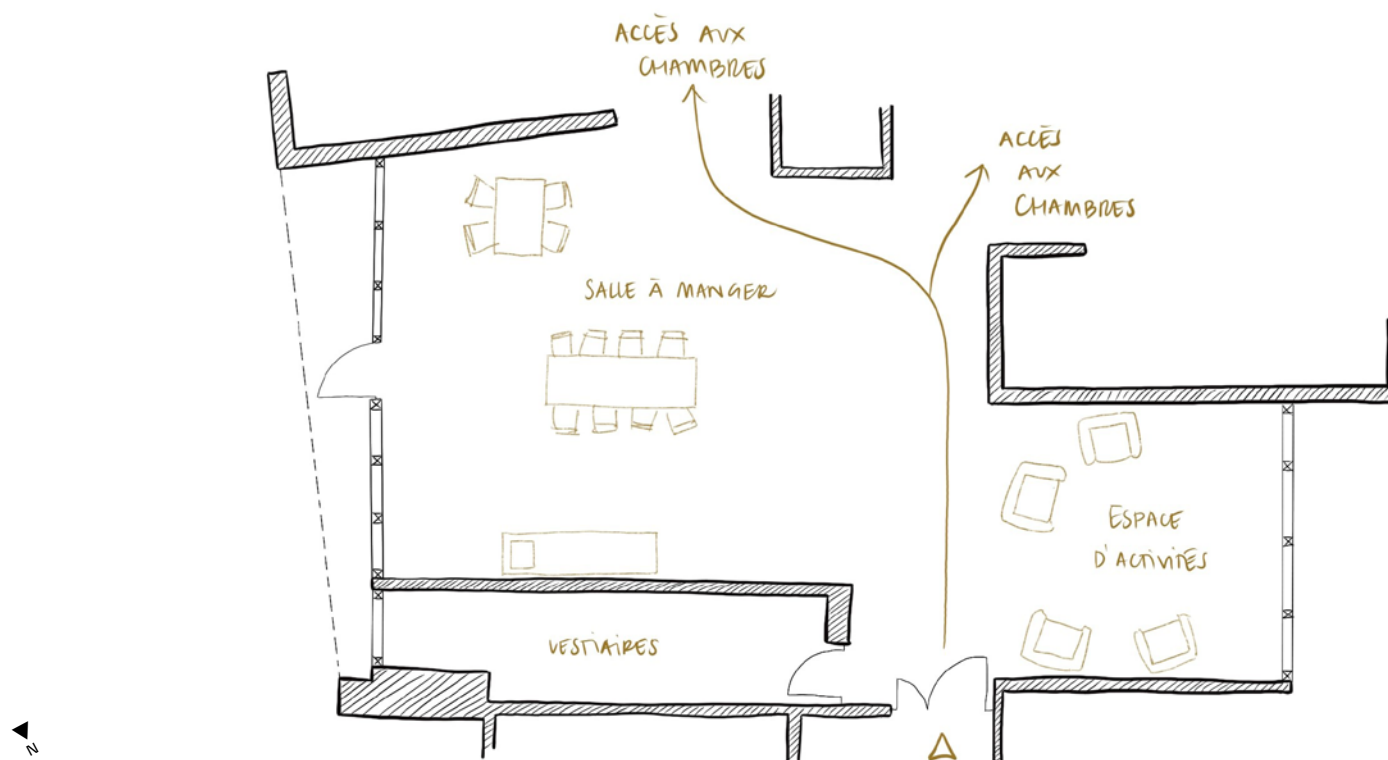


Fig. 17. Esquisse du plan des espaces communs de l'Unité Alzheimer⁷

⁷Source :
Esquisse
réalisée par
J. Demeulenaere.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.2.3

À travers l'analyse de ces deux unités dédiées en EHPAD, la question de **la taille des chambres** émerge clairement. Les chambres traditionnelles, **d'une quinzaine de m²**, semblent limiter la capacité des résidents à s'approprier leur espace. En revanche, le cas de Mme Augustine, qui bénéficie d'une chambre double pour elle seule, met en lumière la possibilité pour le patient de **réellement investir sa chambre pour des activités personnelles autre que le simple sommeil**. Cette observation souligne l'importance d'une chambre d'une **vingtaine de m²**, comprenant des espaces intimes tels que les toilettes et la salle de bain, pour que les résidents puissent se sentir réellement chez eux.

La notion d'intimité revêt une grande importance pour les êtres humains, justifiant la nécessité de disposer d'espaces de vie intime de qualité, préservés des regards extérieurs.

L'agencement des espaces de circulation pose un véritable problème dans l'Unité « Safran » d'Houplines, où les résidents se retrouvent confrontés à des couloirs **sombres, étroits et dépourvus de lumière naturelle**. **Déconnectés des espaces communs**, ils sont semblables à des labyrinthes. La conception des espaces, ainsi que l'utilisation d'une rampe **peu ergonomique et mal éclairée**, contribuent à un nombre élevé de chutes et renforcent le sentiment d'égaré des résidents dans cet environnement.

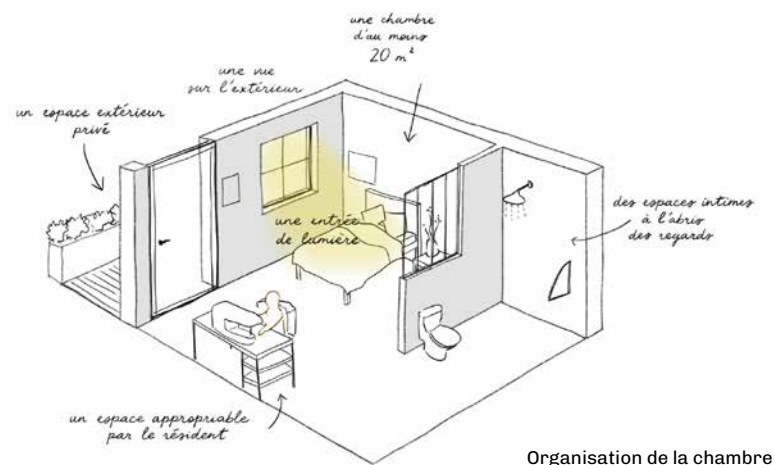
Dans le cas de l'Unité de Ciel, **une meilleure intégration entre les espaces communs et les circulations** est observée, notamment grâce aux jardins thérapeutiques sensoriels dédiés aux patients.

CONCLUSION ET ENSEIGNEMENTS

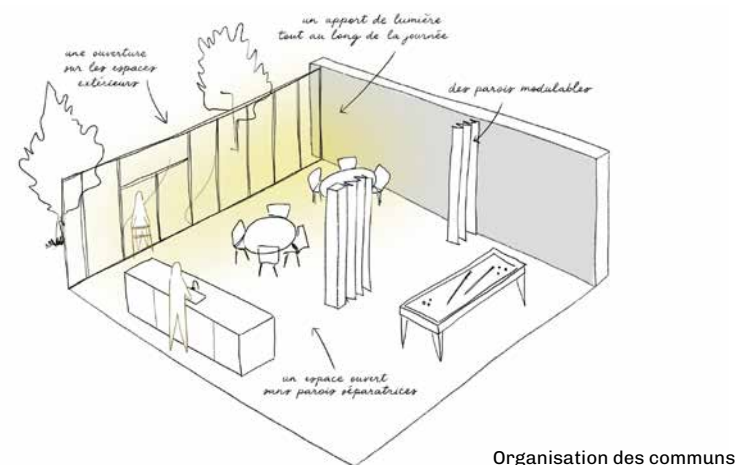
Cette caractéristique, absente à Houplines, offre une stimulation supplémentaire pour les résidents tout en leur permettant de profiter de l'extérieur en toute sécurité.

La différence de ratio entre les espaces extérieurs à Houplines et à Ciel est également frappante, avec seulement 1,5 m² par résident à Houplines contre 20 m² à Ciel. Cette disparité se ressent nettement dans **le bien-être et la sensation de liberté** des patients. Contrairement au patio fermé de l'EHPAD Henry-Delerue, privé de vue sur l'extérieur, les jardins de l'EHPAD Nicole Limoge offrent **une atmosphère plus agréable et moins confinée**.

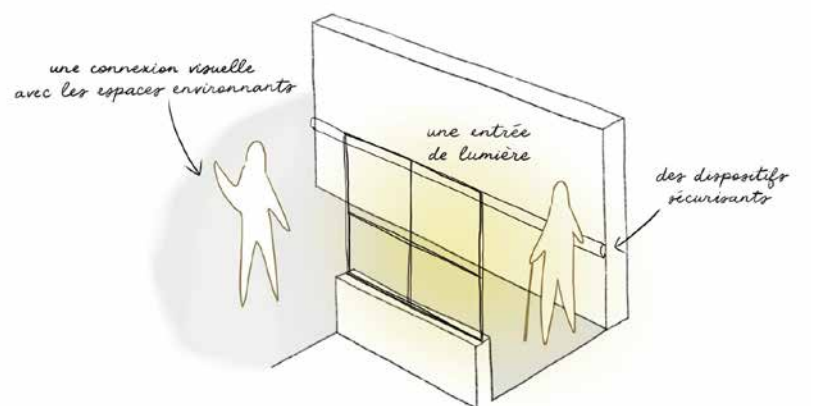
L'ambiance apaisante de l'EHPAD de Ciel se prolonge aussi dans les espaces d'activités communes, **entièrement ouverts sur les jardins**. Contrairement à Houplines, la lumière naturelle traverse l'espace tout au long de la journée, **sans obstacles**. Cette absence de cloisonnement entre les espaces constitue un aspect crucial dans la conception pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.



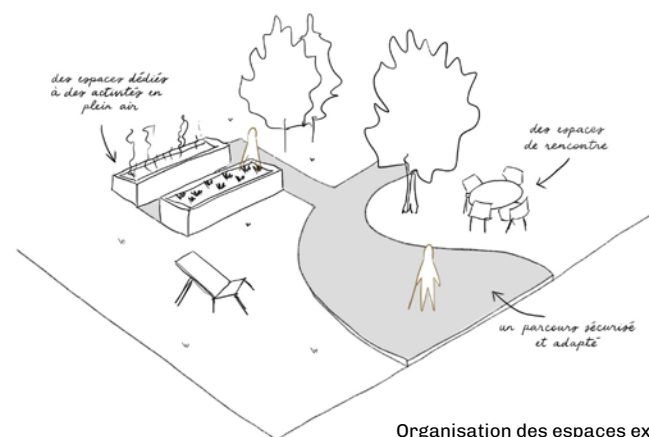
Organisation de la chambre



Organisation des communs



Organisation des espaces de circulation



Organisation des espaces extérieurs

Fig. 18. Axonométries schématiques des principes spatiaux à privilégier

¹Source : Documents réalisés par J. Demeulenaere.

| 02.3 LE MODÈLE DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER

¹Ligue Alzheimer : ASBL Association belge d'aide et de soutien à toute personne intéressée et/ou touchée par la maladie d'Alzheimer.

²Source : Site web de la Fondation recherche Alzheimer. (www.alzheimer-recherche.org)

³GIR : Groupe Iso-Ressources, correspondant au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée.

⁴APA : Allocation pour l'aide aux personnes âgées.

⁵AGGIR : Autonomie gérontologique des groupes iso-ressources.

Face à l'absence de traitement curatif pour la maladie d'Alzheimer, il est impératif de proposer une prise en charge visant à améliorer la qualité de vie des patients atteints. De nombreuses alternatives émergent et celle de l'« **Alzheimer café** » me semble intéressante à analyser, un lieu d'accueil non médicalisé où la convivialité est privilégiée. Initiés par la ligue Alzheimer¹ et situés généralement en Belgique, ces cafés réunissent les personnes touchées par la maladie ainsi que toute personne désireuse de mieux la comprendre. Accessibles à tous ceux qui cherchent soutien et écoute, ces espaces permettent de partager un repas ou une boisson et de briser le tabou qui entoure la maladie.

Parmi les différentes prises en charge possible, il y a celle offerte par les centres d'accueil de jour spécialisés dans la maladie d'Alzheimer. Fondés sur une approche thérapeutique visant à briser l'isolement social dans lequel certains patients peuvent se retrouver et à favoriser leur autonomie, ces centres proposent un soutien psychologique ainsi que des ateliers axés sur la stimulation corporelle. Des professionnels de santé tels que des orthophonistes, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes ou des psychomotriciens sont disponibles dans ces centres pour animer ces ateliers favorisant le renforcement des fonctions préservées telles que la **mémoire**, l'**attention** ou encore la **socialisation**.

Ces centres offrent généralement des services d'accueil et de soins de jour et ne sont pas conçus comme une solution d'hébergement à long terme. Cependant, je considère que le modèle proposé représente une alternative intéressante pour répondre aux besoins croissants de services de soins.

Ouverts au minimum **cinq jours par semaine** et souvent entre **8h et 18h**, les centres d'accueil de jour offrent d'une capacité d'accueil maximale de 30 personnes². Les participants ont la liberté d'organiser leur emploi du temps selon leurs préférences, en choisissant les journées ou demi-journées qui leur conviennent le mieux. Généralement implantés à proximité des maisons de repos, ces centres favorisent la mobilité des personnes atteintes de démence en leur offrant une opportunité de changement par rapport à l'environnement fermé de la résidence.

Le coût de l'accueil de jour varie en fonction du degré d'autonomie de la personne âgée, évaluée par le GIR³. Plus la personne est autonome, plus le coût est élevé. En moyenne, une journée complète coûte entre 15 et 30 euros², avec la possibilité de bénéficier d'aides financières telles que l'APA⁴, destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans avec un GIR compris entre 1 et 4.

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale.
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées.
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels.
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes.
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour les déplacements dans le logement.
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante.

Fig. 19. Grille AGGIR⁵ mesurant le degré de dépendance des personnes âgées de plus de 60 ans

Les études de cas sélectionnées sont les suivantes :

- **Le centre d'accueil de jour Alzheimer**
à Reus (Espagne).
- **Le centre d'accueil de jour Alzheimer**
à Castelfranco Veneto (Italie).

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.3.1

LE CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER À REUS (ES)



¹Source :
Photographies
réalisées par
Salva López.



Fig. 20. Photographies du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus¹

Le CAJA² ci-dessous est un centre d'accueil conçu par GCA Architects en 2019 dans la ville de Reus, en Espagne. Il est situé dans un espace arboré de 3500m², bénéficiant ainsi des qualités environnementales d'un parc aménagé. Cet environnement végétalisé offre aux résidents la possibilité de s'épanouir dans un contexte naturel et apaisant.

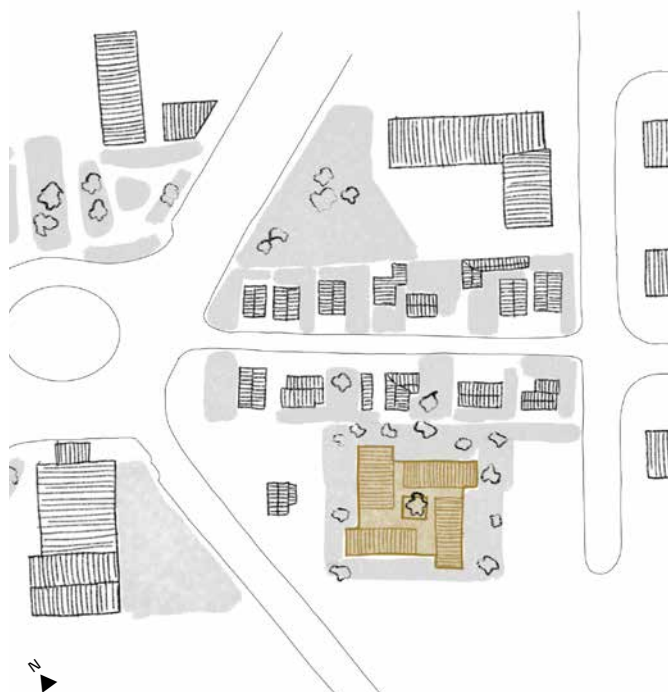


Fig. 21. Plan de situation contextualisé³



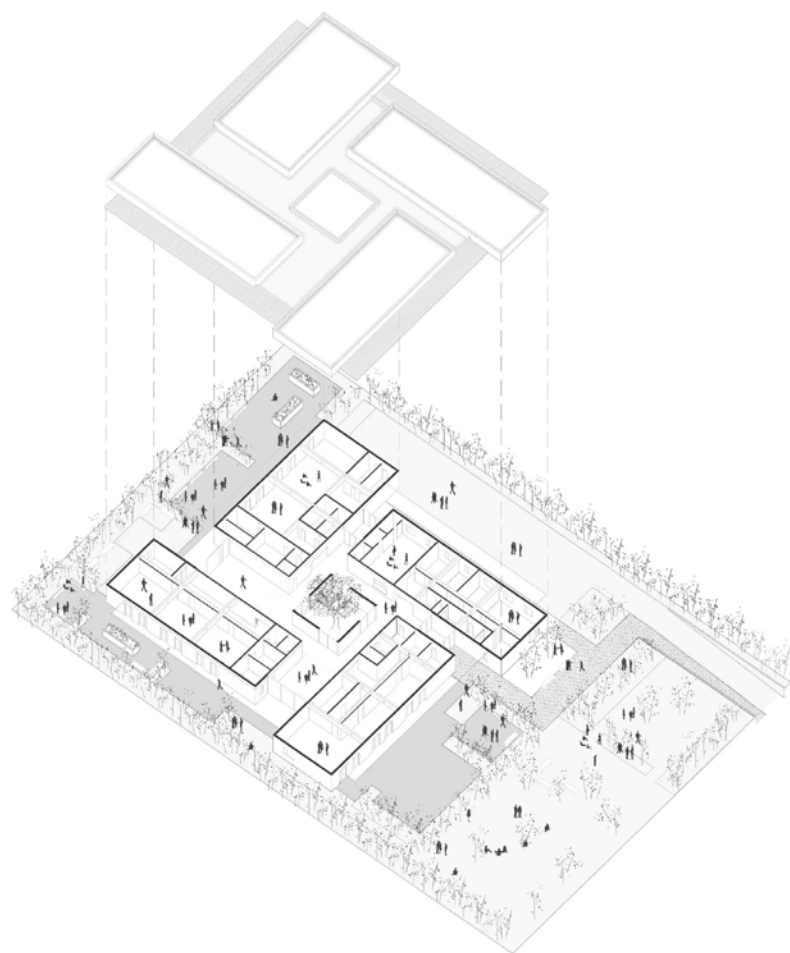
Fig. 22. Plan du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus - échelle 1:500³

²CAJA :
Centre d'accueil de
jour Alzheimer.

³Source :
Documents
retravaillés par
J. Demeulenaere
d'après des photos
aériennes et plans.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.3.1



⁴Source :
Document réalisé
par les architectes
du projet et
présenté sur le site
ArchDaily.

L'accès au centre se fait via 4 endroits différents selon par où l'on arrive, l'entrée se fait librement pendant les heures d'ouverture. Il est organisé autour d'un **patio central** où trône un olivier, fournissant la lumière nécessaire à l'espace de circulation qui est conçu pour être spacieux et fluide. Ce passage dessert **six modules**, chacun ayant des fonctions différentes et un jardin attenant. Parmi ces six modules, on trouve des espaces dédiés à la **consultation médicale**, à la **rééducation** de la mobilité, ainsi qu'à des **activités collectives**. Le parcours de déambulation est pensé pour que les patients puissent avoir une vue d'ensemble sur les espaces environnants et se repérer facilement.

Les jardins et espaces extérieurs accueillent des activités complémentaires aux thérapies habituelles, offrant aux patients un contact bénéfique avec la nature pour leur bien-être. Chaque module est orienté de manière unique, bénéficiant de **lumières** et de **perspectives** différentes, ce qui favorise la diversité au sein du centre et permet aux personnes de se repérer facilement grâce aux éléments naturels du paysage.

La circulation à travers l'espace se fait de manière fluide et logique en longeant le patio central qui dessert tous les espaces. Ce dernier offre un lieu de repos en plein air, propice à la **réflexion** et à la **contemplation** de l'olivier qui y vit, avec les changements de lumière naturelle au fil du temps.

Fig. 23. Axonométrie de l'organisation spatiale du CAJA de Reus par GCA Architects⁴

Dans le centre, les matériaux prédominants sont **le bois** et **le béton**, choisis pour leur capacité à créer une atmosphère paisible et sereine. Le bois apporte une chaleur naturelle aux espaces, tandis que les teintes claires du béton proposent une sensation de luminosité et d'ouverture. Ce contraste permet aux personnes de percevoir les différentes profondeurs et facilite leur appréhension des espaces.

Des jeux de textures sont intégrés dans le projet afin de permettre aux résidents de se repérer dans l'espace en touchant les parois. **La lumière naturelle** constitue un élément essentiel du centre, inondant tous les espaces pour créer une atmosphère accueillante et chaleureuse. Un dispositif de pare-soleil en bois est ajouté pour moduler et contrôler les apports de lumière, assurant ainsi un éclairage optimal tout au long de la journée.

Les sols sont **plats** et les marches sont évitées pour répondre aux problèmes de mobilité associés à la maladie, offrant ainsi une accessibilité optimale aux patients à tous les espaces. On accède aux espaces extérieurs à travers des baies vitrées entièrement ouvertes sur le paysage environnant permettant de profiter pleinement de la vue et de l'ambiance extérieure.

Un système de **parois modulables** en bois est intégré aux espaces communs, offrant la possibilité de modifier leur configuration en fonction de l'activité en cours. Cette flexibilité permet une variété de dispositions adaptées au nombre de personnes présentes ainsi qu'au type d'activités prévues.



Fig. 24. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus⁵

⁵Source :
Photographie
réalisée par
Salva López.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.3.2

LE CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER À CASTELFRANCO (IT)



¹Source :
Photographies
réalisées par
Alessandra
Chemollo.

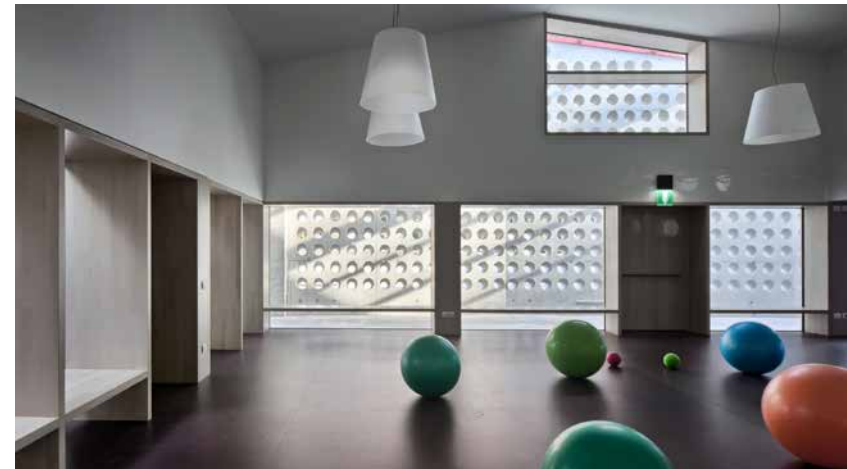


Fig. 25. Photographies du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto¹

Le CAJA² ci-dessous est un centre d'accueil de jour conçu par Martina Davanzo en 2016 dans la ville de Castelfranco Veneto, en Italie. Implanté dans un parc, il vient intégrer le programme déjà existant d'un centre pour personnes âgées. Niché dans un environnement naturel riche de faune et de flore, l'établissement bénéficie d'un contexte apaisant et préservé.



Fig. 26. Plan de situation contextualisé⁵

²CAJA :
Centre d'accueil de
jour Alzheimer.

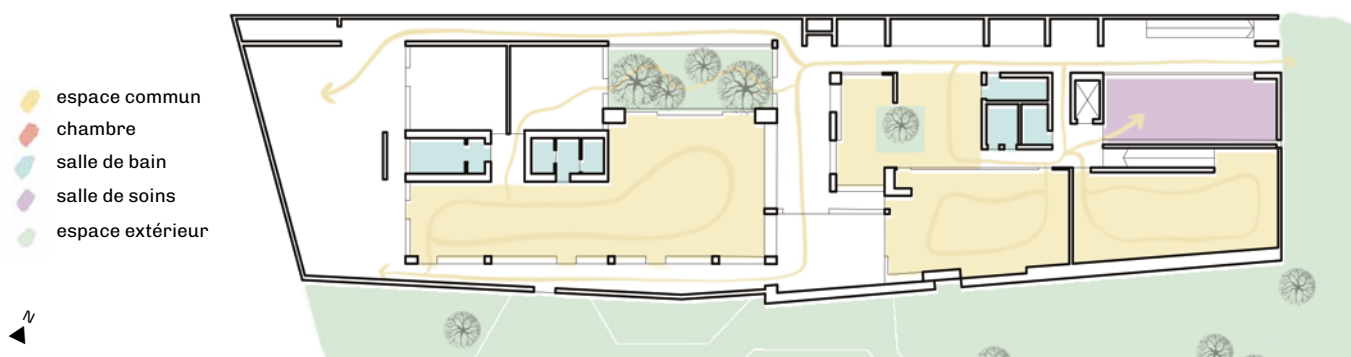


Fig. 27. Plan du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto - échelle 1:500⁵

⁵Source :
Documents
retravaillés par
J. Demeulenaere
d'après des photos
aériennes et plans.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.3.2

L'accès au centre se fait dans la continuité des murs longitudinaux qui composent le projet. On y entre pendant les heures d'ouverture librement. Les toitures en pente, perçues depuis l'extérieur, évoquent l'archétype de la maison traditionnelle symbolisant **accueil et protection**. Les grandes fenêtres qui composent les parois inondent l'espace intérieur de lumière naturelle, intégrant harmonieusement le paysage environnant. La circulation à l'intérieur du centre est conçue de manière circulaire autour des espaces d'activités, intégrant un patio bordé de hêtres.

Un mur épais en béton, ponctué de trous ronds, délimite les espaces alloués aux personnes malades du reste du bâtiment, tout en leur permettant de se repérer visuellement et tactilement tout au long de leur traversée. Les ouvertures de ce mur proposent de moduler les apports de lumière dans les espaces, offrant ainsi un éventail de jeux de lumière toute la journée.

L'absence de couloirs reliant les salles permet aux résidents une meilleure **orientation** en leur donnant visibilité sur les différents espaces d'activités spécifiques et reconnaissables. Parmi ces activités, figurent des ateliers axés sur la préservation de la mobilité, des ateliers manuels et des espaces dédiés à la détente et à la rencontre.

Tout le programme est aménagé sur un seul niveau, sans présence de rampes ni d'escaliers, ce qui permet à la personne malade de pouvoir se déplacer en toute sécurité sans risque de chutes ou de blessures.

⁴Source :
Photographie
réalisée par
Alessandra
Chemollo.



Fig. 28. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto⁴

Les espaces extérieurs, généreux et enveloppants, bordent le centre pour former une **enclave végétale sécurisée**. Les jardins sont aménagés avec des bancs, des zones propices aux rencontres et aux échanges ainsi que des espaces dédiés aux activités en plein air, offrant ainsi aux patients la possibilité de partager des moments conviviaux en extérieur.

Malgré l'utilisation du béton, que l'on pourrait juger froid et lourd, l'ambiance globale du lieu demeure **chaleureuse** grâce aux surfaces neutres qui se mêlent harmonieusement à la verdure qui s'insinue de part et d'autre du bâtiment.

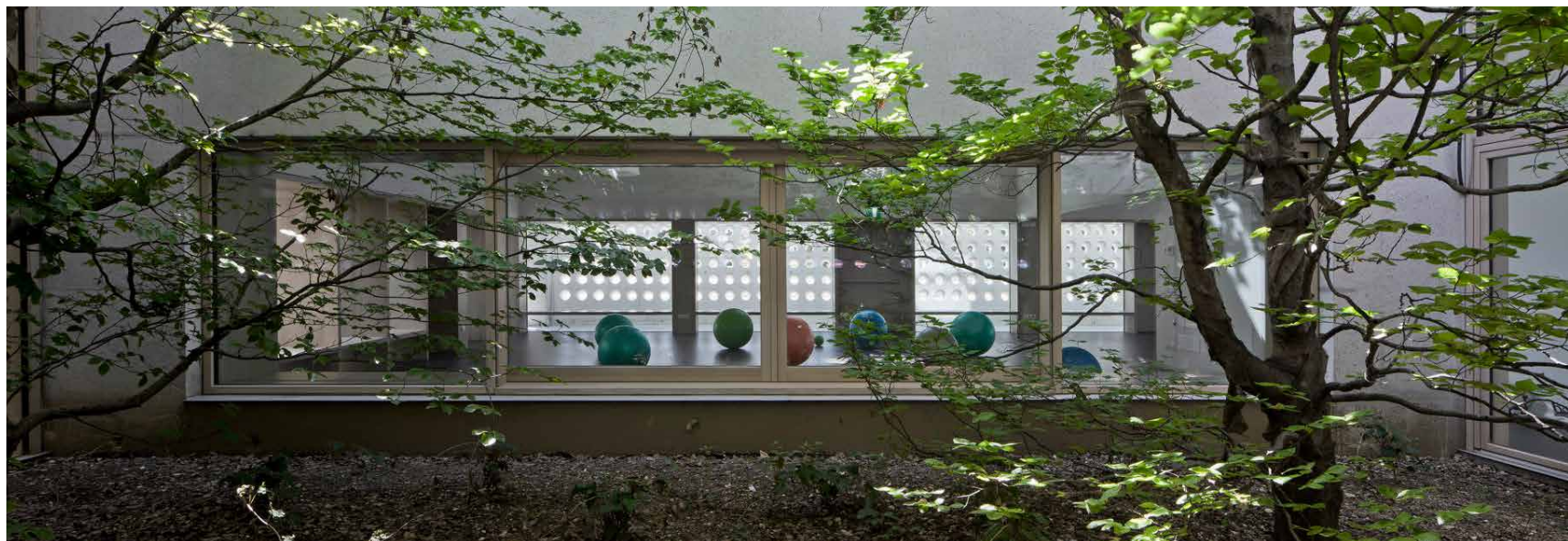


Fig. 29. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto⁵

⁵Source :
Photographie
réalisée par
Alessandra
Chemollo.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.3.3

Ce qui est caractéristique aux deux centres d'accueil analysés précédemment est la conception des espaces communs, pensés **en harmonie avec le contexte environnant**. Ce sont de vastes espaces dotés de **parois modulables**, offrant ainsi la possibilité d'adapter la disposition de la pièce en fonction du nombre de personnes et des activités prévues.

L'intégration des **patios**, présente dans les deux structures, apporte un espace de respiration au sein du parcours et fait entrer la lumière naturelle indispensable aux espaces collectifs adjacents. Le patio offre un espace extérieur dédié aux résidents, favorisant ainsi les échanges et la détente.

Dans les deux centres étudiés, le parcours est délibérément **conçu sans parois séparatrices**, offrant ainsi aux patients une **expérience spatiale fluide et sans obstacles visuels**. Cette ouverture entre les espaces favorise les échanges et crée un environnement de vie agréable.

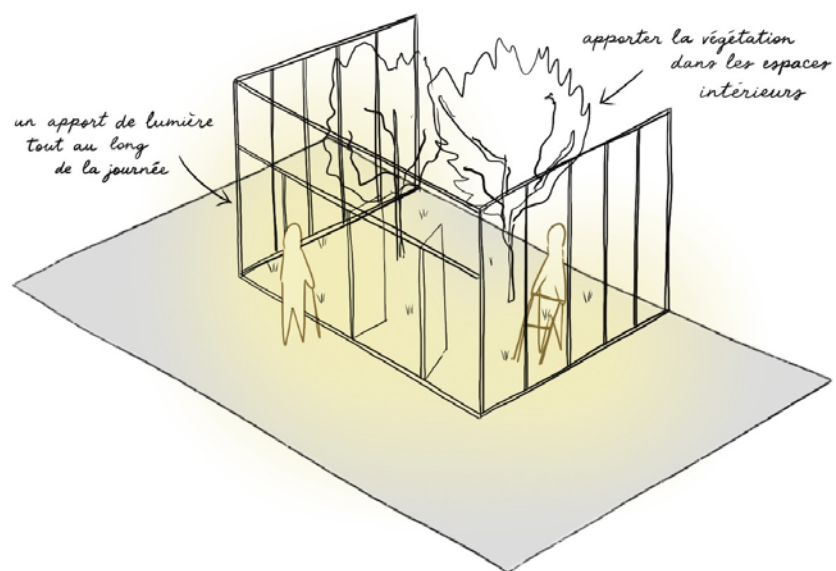
Au CAJA de Reus, l'utilisation du béton, du bois et du verre confère aux espaces une harmonie et **une atmosphère accueillante**. Au CAJA de Castelfranco Veneto, le béton est utilisé pour créer une ambiance homogène, contrastant avec la verdure des espaces extérieurs.

Dans ce même centre, l'idée du **mur ajouré** constitue un élément intéressant : offrant un élément visuel et sur lequel s'appuyer tout au long du parcours dans l'espace.

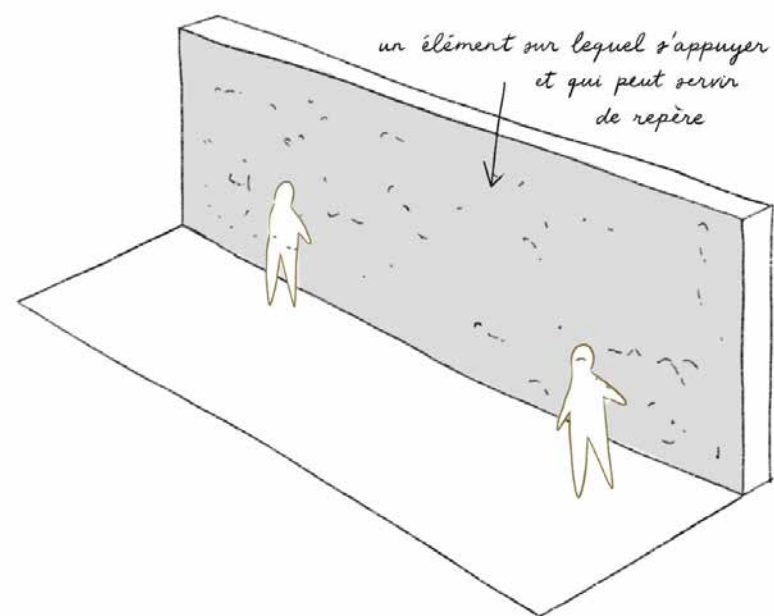
CONCLUSION ET ENSEIGNEMENTS

Dans les deux cas, l'utilisation des **escaliers** est évitée au profit de pentes douces ou de sols plats. Cependant, il est important de noter que les escaliers ne sont pas nécessairement à prohiber car des dispositifs tels que **des rampes** ou **des garde-corps** peuvent faciliter le mouvement pour les personnes à mobilité réduite.

De plus, un accompagnement par une personne aidante peut également être bénéfique pour assister les résidents dans leurs déplacements.



Idée du patio



Idée du mur ajouré et/ou texturé

Fig. 30. Axonométries schématiques des principes spatiaux à privilégier¹

¹Source :
Documents
réalisés par
J. Demeulenaere.

| 02.4

La recrudescence de la maladie d'Alzheimer pousse désormais certains architectes à repenser l'hébergement et les soins destinés aux personnes atteintes.

Ainsi, émergent des projets **novateurs** servant de terrain d'expérimentation pour étudier l'adaptabilité de ces individus à de nouveaux environnements. Parmi ces initiatives, on retrouve l'idée **des villages Alzheimer** conçus comme de véritables quartiers spécialement adaptés aux personnes atteintes de démence. Ce modèle, initialement testé aux Pays-Bas, a été mis en place en France, à Dax, en 2020. Ces villages ont une capacité d'accueil largement plus importante que les unités dédiées ou les centres d'accueil de jour, permettant ainsi de créer des espaces pouvant accueillir jusqu'à 120 personnes.

Offrant un cadre de vie à la fois **stimulant et sécurisé**, le concept du village Alzheimer pourrait constituer une alternative prometteuse au placement traditionnel en maison de retraite. Avec **un accompagnement médical discret et la liberté de déambuler** à leur guise au sein de jardins sensoriels spécialement aménagés pour stimuler leurs sens, les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer sont ainsi éloignés des contraintes anxiogènes souvent présentes dans d'autres structures d'accueil.

Le modèle des **colocations Alzheimer** représente une autre approche innovante qui mérite d'être examinée. En favorisant une nouvelle forme de solidarité et de partage, ces colocations accueillent généralement une dizaine de résidents accompagnés par du personnel soignant.

LES MODÈLES INNOVANTS

Ces espaces où l'**entraide**, la **convivialité**, la **tolérance** et le **partage** sont encouragés, pourraient constituer une autre alternative authentique aux modèles d'hébergement traditionnels.

Ce concept d'**habitat participatif** se présente comme une solution durable et bénéfique pour tous. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer peuvent maintenir leur autonomie tout en participant à des activités stimulant leurs capacités restantes.

De plus, la présence discrète des aides-soignants dans la colocation assure une surveillance constante, réduisant ainsi les risques de blessures et d'accidents.

Les études de cas sélectionnées sont les suivantes :

- **La maison des sages**
à Buc (France).
- **Le village Alzheimer**
à Dax (France).

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.1

¹Source :
Photographie
publiée sur le
site internet de la
Maison des Sages.
(www.lamaisondessages.fr/)

²Source :
Photographies
publiées
par Brigitte
Bourguignon
(ancienne ministre
de la Santé et de
la Prévention)
lors de sa visite
de la Maison en
septembre 2020.



Fig. 31. Photographie de la facade de la Maison des sages à Buc¹

LA MAISON DES SAGES À BUC (78)



Fig. 32. Photographies des espaces intérieurs la Maison des sages à Buc²

La maison des Sages, inaugurée en octobre 2019 à Buc, accueille des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette structure, située à proximité du centre-ville et des commerces, offre un cadre chaleureux à **8 colocataires** assistés par **8 auxiliaires de vie** se relayant. Bâtie dans un jardin clos de 1 200m², elle s'étend sur 3 niveaux et accueille aussi un étudiant résidant sur place ainsi qu'une coordinatrice de vie.



Fig. 33. Plan de situation contextualisé³

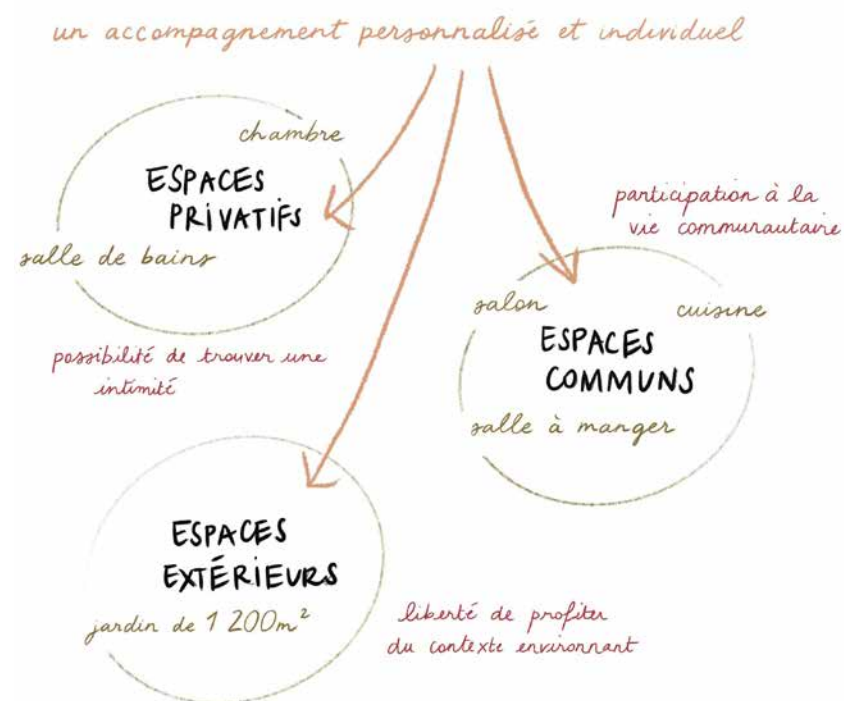


Fig. 34. Organigramme des espaces³

³Source : Documents retravaillés par J. Demeulenaere d'après des photos aériennes et plans.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.1

L'habitat, d'une superficie de 300 m², est spécialement conçu pour répondre aux besoins des colocataires souffrant de difficultés cognitives et motrices. Il est équipé d'un ascenseur, de salles de bain adaptées aux PMR⁴ et de rampes d'accès.

Les espaces privatifs comprennent les chambres, que les résidents aménagent avec leurs propres meubles tandis que les espaces communs, tels que le salon, la cuisine et la salle à manger, sont dédiés à la vie en communauté. La conception des espaces favorise le déplacement des patients et aide le travail des soignants externes et des assistantes de vie.

La colocation offre l'avantage de permettre une vie sociale au sein d'une petite communauté tout en bénéficiant d'un accompagnement spécialisé préservant l'**autonomie** et la **liberté** des résidents. Les charges de la vie quotidienne sont réparties équitablement entre tous les habitants, qui adhèrent à une charte commune de valeurs et de règles assurant le bon fonctionnement de la vie en communauté.

L'objectif principal de ce modèle est de favoriser le **bien-être** et l'**épanouissement** de chacun en articulant, de manière optimale, l'équilibre entre l'intimité et la vie collective. Les activités mises en place visent à **valoriser la personne** en lui donnant la possibilité de participer à des ateliers qui lui procurent du plaisir et qui entretiennent les échanges en fonction de ses capacités et de ses préférences.

⁴PMR :
Personne à mobilité
réduite.

⁵Source :
Schéma réalisé par
J. Demeulenaere
après lecture du
site web de la
Maison des Sages.



Fig. 35. Schéma d'une journée-type d'un résident de la Maison des Sages⁵



Fig. 36. Photographie d'un moment de collectivité à la Maison des Sages⁶

Le suivi médical est assuré par le médecin traitant et les professionnels paramédicaux en fonction des besoins spécifiques de chacun.

Chacun des résidents s'engage dans la vie communautaire à sa manière en fonction de ses capacités et de ses envies. Les familles de patients sont également intégrées à la vie collective et sont invitées à prendre part aux décisions quotidiennes et à partager leurs avis. Des bénévoles viennent régulièrement animer des activités et contribuer à l'ouverture de la maison sur l'extérieur, ajoutant une dimension **vivante** et **enrichissante** à l'environnement communautaire.

⁶Source :
Photographie
publiée sur le
site internet de la
Maison des Sages.
(www.lamaisondessages.fr/)

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.2



¹Source :
Photographies
réalisées par
le groupe 11h45
(photographes
d'architecture).

LE VILLAGE ALZHEIMER À DAX (40)



Fig. 37. Photographies du Village Alzheimer à Dax¹

Le **Village Landais Alzheimer** est idéalement situé proche du centre-ville pour encourager les interactions entre les « villageois » et la vie urbaine. Conçu par NORD Architects en 2020 dans la ville de Dax, il est niché au cœur de 5 hectares de parc paysager et offre aux résidents la possibilité de renouer avec la nature à travers des activités telles que le jardinage et la culture de potagers, ainsi que de rencontres avec des animaux. Il peut accueillir **120 patients** atteints de la maladie accompagnés par **120 membres du personnel** et **120 bénévoles**.



Fig. 38. Plan de situation contextualisé²



Fig. 39. Schéma de l'implantation paysagère du Village Alzheimer³

²Source : Document retravaillé par J. Demeulenaere d'après des photos aériennes.

³Source : Document réalisé par NORD Architects et publié sur le site ArchDaily.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.2

Le village Landais Alzheimer s'inspire de l'architecture traditionnelle landaise et adopte le modèle d'un **véritable village**. Il se divise en quatre quartiers, chacun accueillant entre **7 et 8 résidents**. Ces quartiers sont composés de maisonnettes conçues pour répondre aux différents modes de vie des habitants, tout en préservant **leur autonomie et leur liberté**. L'accent est mis sur l'ambiance familiale et accueillante pour favoriser le bien-être des patients.

Les quartiers s'organisent autour d'un espace appelé « Bastide » proposant un lieu de vie et de services. On y trouve un restaurant, un café, une médiathèque, un auditorium, une épicerie et un salon de coiffure.

Les matériaux et les équipements ont été soigneusement sélectionnés pour maximiser l'éclairage naturel et assurer la **pérennité** du projet. L'objectif est de maintenir les performances environnementales à long terme et d'offrir un confort optimal aux résidents en termes de température et d'humidité.

La philosophie du village repose sur un accompagnement centré sur la personne, privilégiant des approches non-médicamenteuses et des activités thérapeutiques visant à stimuler les capacités restantes des résidents. Ce lieu novateur cherche à éliminer les symboles médicaux tels que le port de la blouse et à respecter les goûts et le rythme de vie de chacun.

Il favorise le maintien des liens étroits avec les proches tout en s'intégrant harmonieusement au tissu urbain et à la vie de la communauté.

⁴Source :
Photographie
réalisée par
le groupe 11h45
(photographes
d'architecture).



Fig. 40. Photographie du parc du Village Alzheimer⁴

02.4.2 |

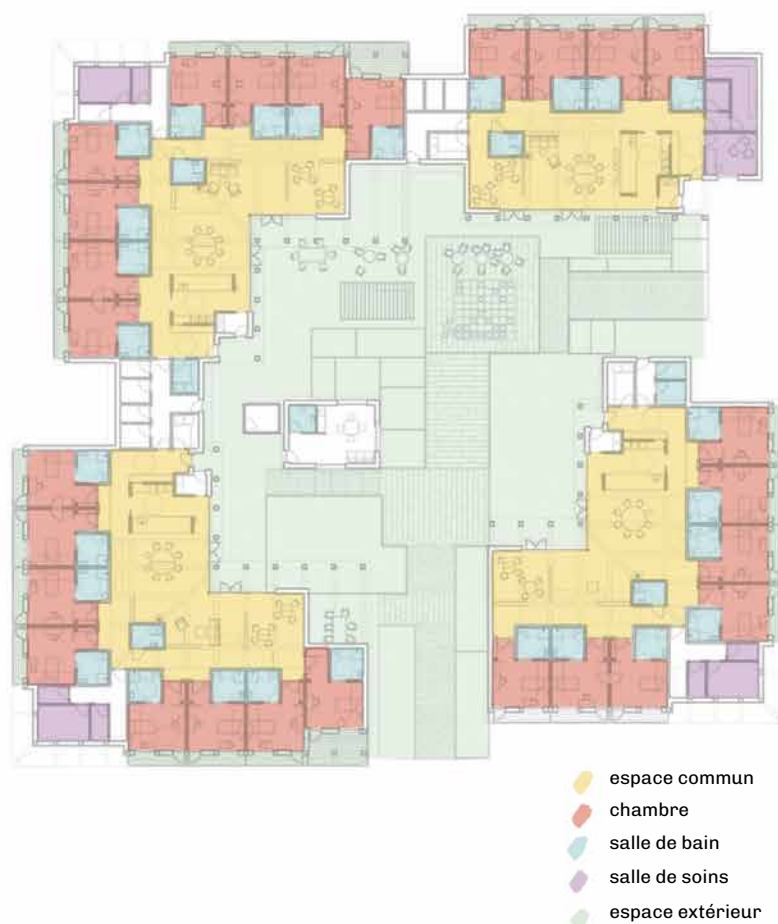


Fig. 41. Plan d'un « quartier » du Village Alzheimer⁵

Les maisonnettes sont organisées autour d'une **place centrale** qui favorise les échanges et les rencontres entre les résidents, offrant **des espaces de restauration et de détente** en plein air ainsi que des locaux destinés aux soignants.

À l'intérieur des logements, les chambres sont disposées autour d'un **espace central commun**, facilitant ainsi l'accès sans recours à de longs couloirs. Cette configuration ouvre la déambulation sur un espace fluide, connecté aux zones de vie et aux espaces extérieurs. Les espaces communs sont flexibles et permettent aux habitants **de les adapter à leurs besoins**, incluant la salle à manger, la cuisine collective et les zones de détente.

Des accès **discrets** permettent aux membres du personnel infirmier de circuler dans les résidences sans perturber le cadre de vie en **éliminant la perception médicale** de l'environnement habitable. On trouve dans ces sas des vestiaires et des petites cuisines afin de séparer les espaces alloués aux soignants de ceux destinés aux résidents. Les soignants **n'arbovent pas de blouse** et l'administration de thérapie médicamenteuse n'est pas imposée aux résidents.

Les espaces sont pensés pour **encourager le partage et la convivialité** malgré la présence de la maladie et de ses différentes phases. L'ambition architecturale du projet réside dans la création d'un environnement **accueillant** où les patients se sentent chez eux, sans les stigmatiser, en leur offrant une expérience de vie ordinaire outre les défis qu'ils rencontrent.

⁵Source : Document retravaillé par J. Demeulenaere d'après des plans publiés par les architectes NORD Architects.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.2

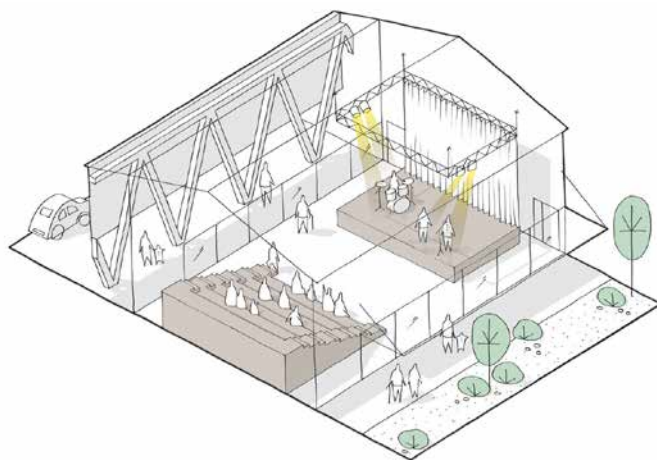


Fig. 42. Axonométrie schématique de l'auditorium⁶

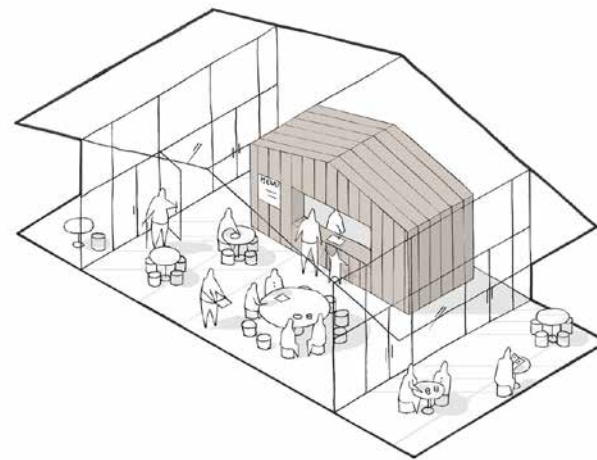


Fig. 44. Axonométrie schématique du bar-restaurant⁶



Fig. 43. Axonométrie schématique de la ferme⁶



Fig. 45. Axonométrie schématique de l'épicerie⁶

⁶Source :
Axonométries
réalisées par
le cabinet
d'architecture
NORD Architects.

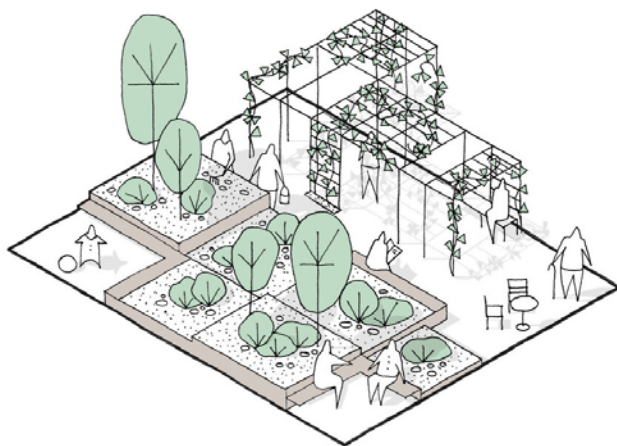


Fig. 46. Axonométrie schématique des jardins aménagés⁶

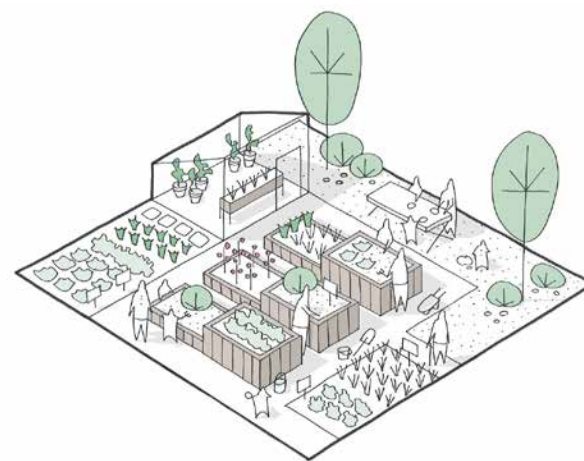


Fig. 48. Axonométrie schématique des potagers collectifs⁶

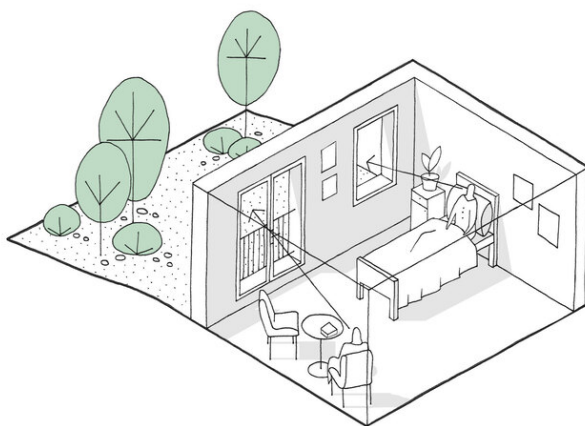


Fig. 47. Axonométrie schématique d'une chambre de résident⁶

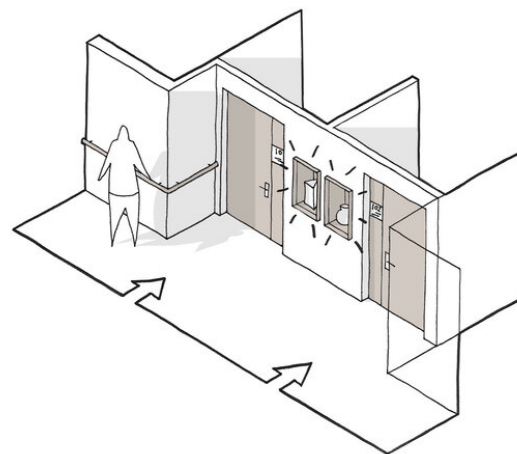


Fig. 49. Axonométrie schématique des repères visuels pour l'orientation⁶

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.4.3

Lors de l'analyse de ces deux modèles novateurs, on constate d'emblée une volonté marquée de reléguer autant que possible **l'aspect médical au second plan**. En effet, les soignants ne revêtent pas de blouses, la thérapie médicamenteuse n'est pas systématique et le personnel médical adopte une approche discrète bien que l'accompagnement soit quotidien et constant.

On remarque d'ailleurs qu'au Village Alzheimer, des **sas discrets** permettent aux soignants d'entrer et de sortir des logements, favorisant ainsi **l'invisibilisation de la maladie** et contribuant à la sensation d'être chez soi.

L'accent est mis sur **la sensation de bien-être** du patient, qui constitue une priorité indiscutable. Comme souligné précédemment par Colette Eynard, pour que quelqu'un se sente réellement chez lui, il faut trouver un juste équilibre **entre intimité et liberté**. Dans ces deux cas, on observe que tout est mis en œuvre pour favoriser ces deux aspects.

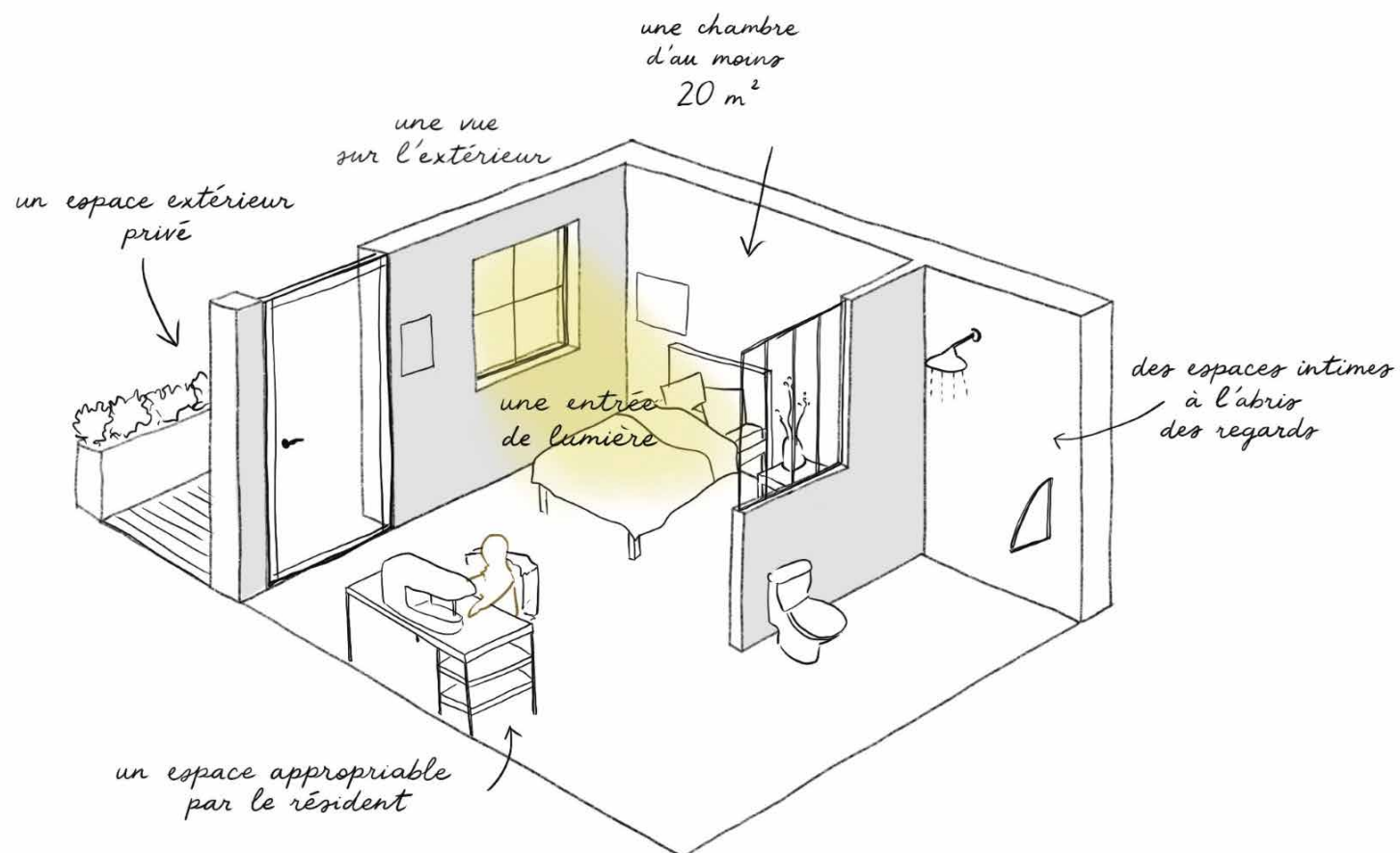
En ce qui concerne **la notion d'intimité**, il est possible de s'approprier les espaces de vie privée avec la mise en place d'espaces permettant d'ajouter de **nouvelles fonctions** dans les chambres, telles que des zones de couture ou des espaces de détente équipés d'une machine à café par exemple. Les espaces intimes tels que les salles de bain ou les toilettes sont également agencées pour que **leur accès soit dissimulé**, afin de préserver l'intimité des résidents.

¹Source :
D'après
BERGHMANS
Claude, « La
spiritualité et la
connexion à la
nature comme
dimensions
du processus
thérapeutique
dans le champ de
la santé mentale :
le point de vue de
l'écopsychologie
clinique comme voie
complémentaire »

CONCLUSION ET ENSEIGNEMENTS

Concernant **la notion de liberté**, on retrouve une incitation constante des résidents à participer aux activités quotidiennes, favorisant ainsi le maintien d'un lien social et préservant leurs capacités restantes. **Le contexte** revêt une importance primordiale dans la conception des espaces de soin et d'hébergement, comme l'ont démontré de nombreuses études. En effet, il est prouvé qu'un lien existe entre l'individu et le rapport qu'il peut entretenir avec la nature dans une optique thérapeutique.¹

Dans les deux cas d'analyse, le contexte joue **un rôle central** dans la conception des espaces. Des parcours extérieurs sont aménagés, notamment dans le cas du Village Alzheimer, qui intègre divers éléments programmatiques tels que les potagers collectifs, une ferme, un auditorium et une épicerie, offrant ainsi aux résidents la possibilité de stimulations variées et enrichissantes.

Fig. 50. Axonométries schématiques des principes spatiaux à privilégier¹

¹Source :
Documents
réalisés par
J. Demeulenaere.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

| 02.5

ANALYSE COMPARATIVE

Établissement	Taille de la chambre	Possibilités d'appropriation des espaces privés	Fonctions possibles dans les espaces privés	Emplacement des espaces intimes (WC, salle de bain)	Caractéristiques des espaces extérieurs
Unité « Safran » de l'EHPAD d'Houplines	16 m ²	faibles	dormir / se laver	dans la chambre	patio de 20 m ² fermé sur l'extérieur
Unité dédiée de l'EHPAD de Ciel	20 m ²	faibles	dormir / se laver	salle de bain dans la chambre - WC dans les espaces communs	jardins sensoriels aménagés et pensés pour le résident
CAJA de Reus	-	-	-	dans les espaces communs	patios et jardins aménagés pour le bien-être des patients
CAJA de Castelfranco Veneto	-	-	-	dans les espaces communs	patios et jardins aménagés pour le bien-être des patients
La maison des Sages	20 m ²	aménagement et personnalisation par le résident	dormir / se laver + espace personnalisable en fonction des goûts de la personne	dans la chambre	grand jardin arboré
Le village Alzheimer	20 m ²	aménagement et personnalisation par le résident	dormir / se laver + espace personnalisable en fonction des goûts de la personne	dans la chambre	parcours aménagé et sécurisé, dans un parc arboré, desservant tous les espaces

Établissement	Rapport au sol	Ratio espace/ patient	Lumières et ouvertures	Matérialité	Atmosphère globale
Unité « Safran » de l'EHPAD d'Houplines	pas d'intégration au contexte	int : 33 m ² /p ext : 1,5 m²/p	lumière artificielle, très peu d'ouvertures sur l'extérieur	brique, béton	espaces très médicalisés, froids et difficilement appropriables
Unité dédiée de l'EHPAD de Ciel	intégration à la topographie dans les jardins	int : 52 m ² /p ext : 20 m ² /p	lumière naturelle dans les espaces communs traversants, ouverts sur les jardins sensoriels	béton, bois	espaces médicalisés, chaleureux par des jeux de matières, mais difficilement appropriables
CAJA de Reus	intégré au contexte, jeux de textures au sol	int : 43 m ² /p ext : 90 m ² /p	jeux de lumière tout au long de la journée, ouvertures sur le patio central et sur les jardins extérieurs	bois, béton, verre	espaces chaleureux et accueillants, jeux de matières et de lumière
CAJA de Castelfranco Veneto	intégré au contexte, jeux de textures au sol	int : 38 m ² /p ext : 46 m ² /p	jeux de lumière tout au long de la journée, ouvertures sur les patios et sur les jardins extérieurs	bois, béton, verre	espaces chaleureux et accueillants, jeux de matières et de lumière
La maison des Sages	intégration à la topographie dans les jardins	int : 38 m ² /p ext : 150 m ² /p	lumière naturelle dans les espaces communs, ouverts sur le jardin	brique, béton, bois	atmosphère chaleureuse à l'image d'une maison de vacances
Le village Alzheimer	intégré au contexte et à la topographie, jeux de texture et profondeurs de sol différentes	int : 89 m ² /p ext : 420 m²/p	jeux de lumière dans les espaces communs tout au long de la journée, ouvertures sur le parc	béton, bois, brique	atmosphère chaleureuse à l'image d'un village de vacances

POUR RÉSUMER...

La croissance de l'augmentation du nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer souligne l'urgence de la comprendre afin de proposer des modèles d'accueil adaptés. Cependant, peu d'établissements peuvent accueillir un grand nombre de résidents de manière qualitative, ce qui conduit à des souffrances accrues et une prise en charge insuffisante.

Différents modèles d'habitat pour personnes âgées existent, allant des établissements hospitaliers aux colocations et aux villages Alzheimer. Ces modèles innovants offrent des alternatives prometteuses aux modes d'hébergement traditionnels, favorisant l'autonomie, la convivialité et la sécurité des résidents.

La comparaison entre les unités dédiées de l'**EHPAD Henry-Delerue** à Houplines et l'**EHPAD Nicole Limoge** à Ciel met en évidence des approches distinctes dans la conception et l'aménagement des espaces destinés aux personnes atteintes de la maladie. Cependant, malgré ces différences, une constatation commune émerge : ces établissements restent difficilement appropriables par les résidents et l'aspect médical demeure trop prégnant pour que les patients se sentent réellement chez eux.

Les deux centres d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, situés respectivement à **Reus** (Espagne) et **Castelfranco Veneto** (Italie), présentent des caractéristiques similaires : ils mettent l'accent sur l'intégration de l'environnement, sur la lumière naturelle, l'accessibilité et la sécurité des patients. Ces éléments contribuent à créer des espaces accueillants et apaisants pour favoriser le bien-être et la qualité de vie des individus.

Les deux établissements, **la maison des Sages** à Buc et **le Village Alzheimer** à Dax, adoptent des approches innovantes dans la prise en charge des personnes atteintes, mettant l'accent sur la création d'un environnement de vie chaleureux adapté aux besoins spécifiques des patients. L'ambition est de créer une atmosphère de vie non-médicalisée où les résidents se sentent chez eux et où ils sont encouragés à participer à la vie communautaire, tout en respectant leurs préférences et leurs modes de vie.

L'analyse de ces trois modèles met en lumière le besoin d'approches innovantes et adaptées dans l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il est clair que la conception de ces espaces doit aller au-delà de la simple fonctionnalité et doit prendre en compte les besoins spécifiques et les préférences individuelles de chaque résident.

Une circulation fluide, des ouvertures permettant un apport de lumière naturelle, des éléments d'orientation clairs et des espaces adaptables sont des éléments cruciaux dans l'élaboration d'un environnement favorable au bien-être et à la sécurité des patients.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.1

ARMENTIÈRES : ENTRE MÉMOIRE ET AMNÉSIE

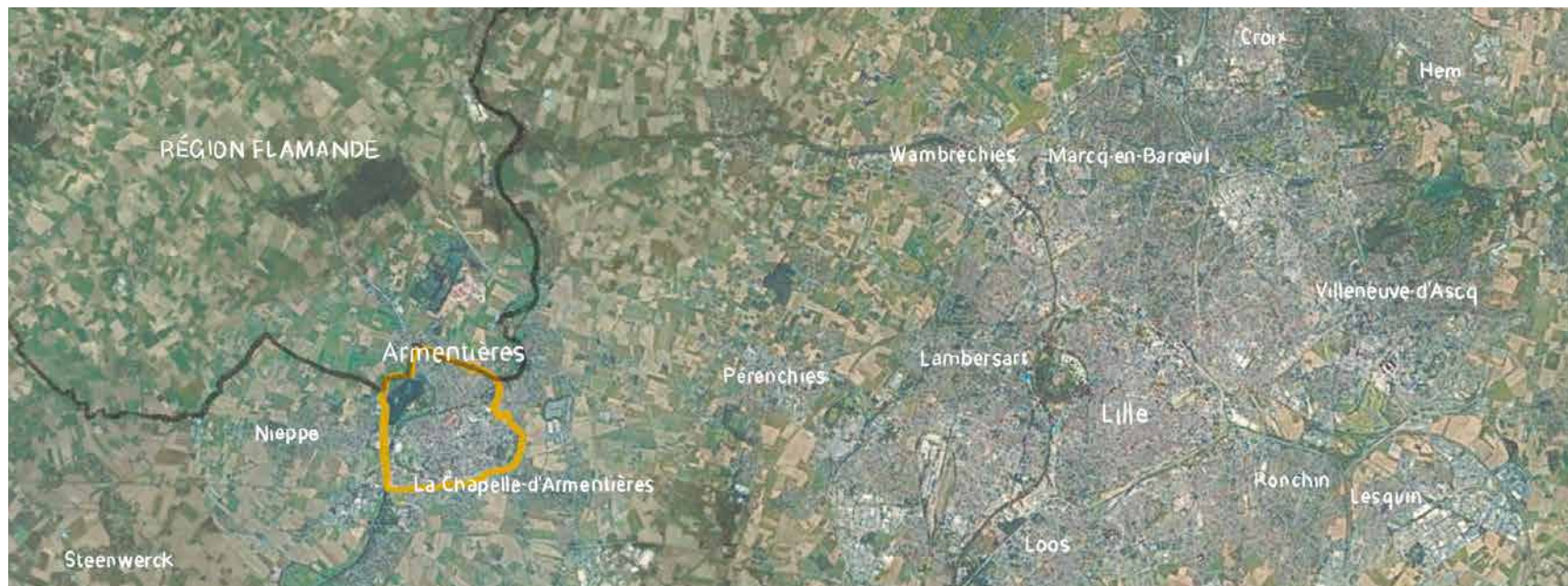


Fig. 1. Plan de situation de la ville d'Armentières¹

Armentières est une commune du Nord de la France faisant partie de la métropole lilloise. Riche d'une histoire mêlant passé industriel et culturel, elle est un ancien fleuron de l'industrie textile ; ce qui lui vaut le surnom de « cité de la toile ». Bordée par la Lys, elle a souffert de nombreuses attaques au fil du temps.

Les ravages des bombardements ayant laissé des traces indélébiles, la ville a dû se reconstruire tant physiquement que psychologiquement.

Native de la ville, j'ai été témoin de la métamorphose constante de mon environnement. **L'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM)**, où mon grand-père exerçait le poste de surveillant chef et ma mère actuellement celui de secrétaire médicale, m'a toujours intrigué par la place qu'il prenait dans la ville.

Consciente de la rareté de voir se tenir une ville au sein d'une autre, j'ai constamment été animée par le désir de comprendre son fonctionnement.

¹Source :
Plan de situation
retravaillé à partir
d'une vue aérienne
par
J. Demeulenaere.



Fig. 2. Ancienne carte postale de la ville d'Armentières²



Fig.3. Photographie prise au même endroit de la ville d'Armentières²

La **mémoire** tient une place prépondérante dans la ville d'Armentières, où se succèdent les commémorations de victoires et de défaites. Malgré les épisodes parfois douloureux de son passé, la ville reste imprégnée par son histoire, marquant profondément les Armentériens.

Ces récits, transmis de génération en génération souvent par les aînés de la population, deviennent **les gardiens et les messagers** de cette **mémoire collective**, désireux de la perpétuer. Cette atmosphère particulière combinée à mon enfance passée dans cette ville m'a inspiré à imaginer un projet consacré à une population de la ville d'Armentières : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Tout au long de mon travail, j'ai été guidée par une question fondamentale :

*Quels dispositifs d'inclusion
pourraient permettre à des personnes
souffrant de diverses pathologies
de cohabiter harmonieusement
au sein d'un même environnement ?*

²Source :
Photographies
d'archives publiées
sur le site web :
www.geneanet.org

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.2

UNE MAISON DE SANTÉ EN CONSTANTE MUTATION

Initialement érigée par les habitants d'Armentières, la **maison de santé** a connu une évolution constante, se métamorphosant au fil du temps pour devenir le vaste centre hospitalier que nous connaissons aujourd'hui : **L'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM)**. Conçue pour fonctionner comme un village, la structure psychiatrique était isolée et entourée de hauts murs. Souvent assimilée à un lieu d'internement, son ambiance mystérieuse rendait son accès impénétrable aux regards extérieurs.

L'histoire de cet établissement est étroitement liée à celle d'Armentières et de sa région, partageant les moments de gloire comme les épreuves.

En 1875, l'Asile des Aliénés trouve son emplacement actuel. Prévoyant d'accueillir entre **600 et 700 patients**, le projet propose la construction de pavillons conçus pour héberger de 40 à 50 personnes chacun avec des espaces vides entre eux alloués à la création de potagers. Cette disposition donne à l'ensemble l'apparence d'une petite ville, offrant aux internés la sensation de **liberté** plutôt que celle d'enfermement. En complément des pavillons, viennent s'ajouter des infrastructures telles qu'une infirmerie, une cuisine, des bains généraux, une boulangerie, une meunerie, une buanderie et un château d'eau.

S'étendant sur un terrain de **8 hectares**, la maison de santé devient alors une ville dans la ville. Avec le temps et face à l'augmentation constante du nombre de patients, des travaux d'agrandissement deviennent indispensables et l'établissement devient l'un des plus importants de France. Ainsi, des pavillons réservés aux enfants et d'autres structures voient le jour.

¹Source :
Photographies
présentées dans
le recueil « L'EPSM
Lille-Métropole à
travers le temps »
par Alain Fernagut.



Fig. 4. Vue générale de la Maison de Santé¹



Fig. 5. La cuisine de la Maison de Santé¹

Lors de la **Première Guerre Mondiale**, Armentières se retrouve en première ligne pendant près de 4 ans et les bombardements finissent par anéantir complètement l'établissement. Sa reconstruction s'étale entre **1921** et **1938**, conservant le même emplacement mais un accès différent : celui que nous connaissons aujourd'hui, rue de Roubaix. Les plans de reconstruction sont élaborés par les architectes M. Sévin et A. Delplace, adoptant le style flamand caractéristique de la région. En **1930**, l'établissement compte 900 patients répartis dans 11 pavillons, disposés symétriquement le long des jardins. Les pavillons à étages sont réservés aux patients « tranquilles » ou « semi-tranquilles » tandis que les pavillons de plain-pied accueillent les patients agités. En 1937, un décret transforme les « asiles » en « hôpitaux psychiatriques » marquant le début d'un changement de perception de la maladie mentale.

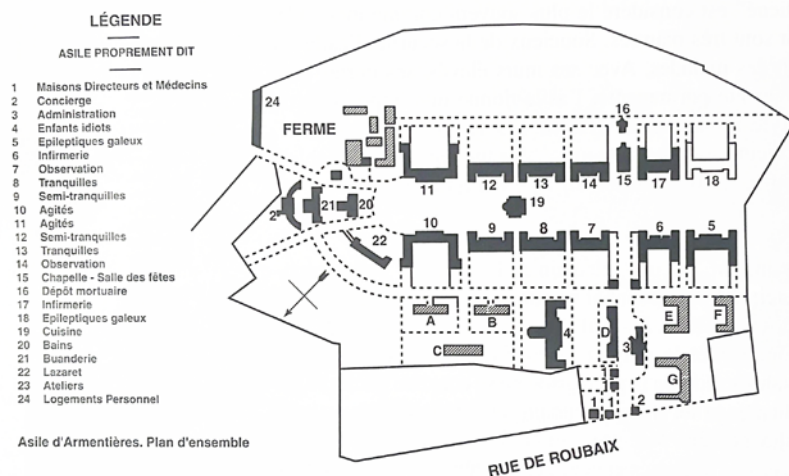


Fig. 6. Plan d'implantation après la reconstruction de 1930²

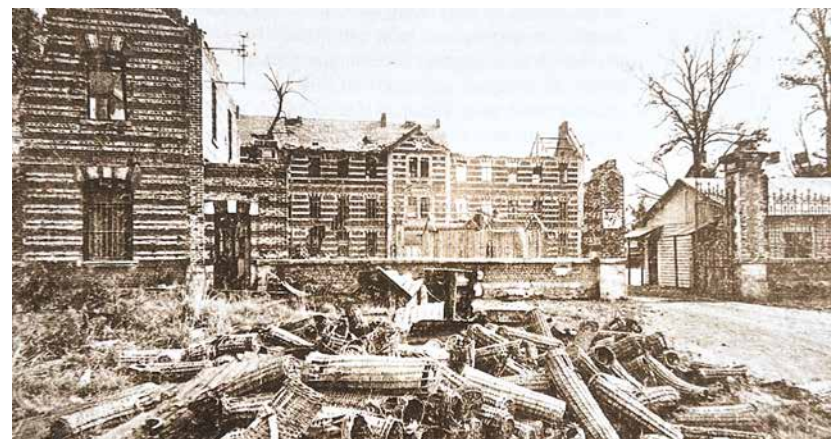


Fig. 7. Ruines après bombardements²



Fig. 8. Ruines après bombardements²

²Source : Photographies et plans présentés dans le recueil « L'EPSM Lille-Métropole à travers le temps » par Alain Fernagut.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.2



Fig. 9. Facade du pavillon d'administration après la reconstruction de 1951³



Fig. 10. Allée centrale après la reconstruction de 1951³

³Source :
Photographies
présentées dans
le recueil « L'EPSM
Lille-Métropole à
travers le temps »
par Alain Fernagut.

Durant la Seconde Guerre Mondiale, plusieurs bâtiments de l'établissement sont bombardés comme la pharmacie, l'internat, la cuisine ainsi que trois pavillons d'hébergement. Cette destruction importante nécessite une réorganisation complète de l'hôpital psychiatrique. En **1951**, sous la direction des architectes Motte et Delplace, les bâtiments détruits sont reconstruits. Cette reconstruction voit l'émergence d'hôpitaux de jour et de nuit, de dispensaires, de foyers, d'appartements thérapeutiques et d'ateliers. En **1964**, l'établissement compte 24 unités de soins réparties sur 30 hectares ainsi que 11 ateliers d'ergothérapie. Il dispose aussi d'un centre social avec cafétaria, de salles de lecture et de distraction, d'une salle des fêtes, d'un cinéma, d'une chapelle et d'une boutique. En outre, on trouve aussi une exploitation agricole de 20 hectares et un potager. À cette époque, **2 380 personnes** y sont internées, accompagnées par **820 membres du personnel soignant**.

Dans les années **1960**, une transformation majeure s'opère dans l'approche collective envers les patients atteints de troubles mentaux. Progressivement, le regard porté sur les personnes malades évolue, les considérant désormais comme des êtres humains à part entière plutôt que des « anomalies » à craindre ou à mépriser. Cette transition s'accompagne du développement des techniques de soins plus respectueuses et de la mise en pratique de projets individualisés pour chaque patient.

L'institution psychiatrique cesse ainsi d'être uniquement un lieu de traitement pour devenir un véritable espace de vie et de réinsertion sociale.

Un symbole marquant de ce changement est la transformation du pavillon 11, auparavant réservé aux patients les plus difficiles, en la Clinique Jérôme Bosch en 1983. Cette rénovation vise à **humaniser totalement l'espace** en créant des connexions avec l'extérieur et en supprimant les cellules étroites et oppressantes des chambres, rappelant trop le milieu carcéral.

Parallèlement, cette période voit apparaître le Centre Infanto-Juvenile Robert Vullien, conçu spécifiquement pour accueillir les enfants psychotiques dans des locaux adaptés à leurs besoins. Ces initiatives témoignent d'une volonté croissante de prendre en compte **la dimension humaine et individuelle** de chaque patient, marquant ainsi un tournant majeur dans l'histoire de l'établissement psychiatrique.

Au début des années 2000, l'EPSM connaît une nouvelle phase de développement et de diversification de ses services et se compose de **9 secteurs** dédiés à la psychiatrie générale adulte et de 2 secteurs infanto-juvéniles. On parle alors de sectorisation. Avec un total de **29 unités de soins** réparties dans les différents secteurs de la métropole lilloise, l'offre de prise en charge est considérablement élargie.

Parmi toutes les structures disponibles, on recense 5 hôpitaux de jour, 11 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), un appartement thérapeutique, 16 Centres Médicaux-Psychologiques (CMP), une résidence filière appartement, un atelier thérapeutique, un centre d'art et 43 antennes de consultation.

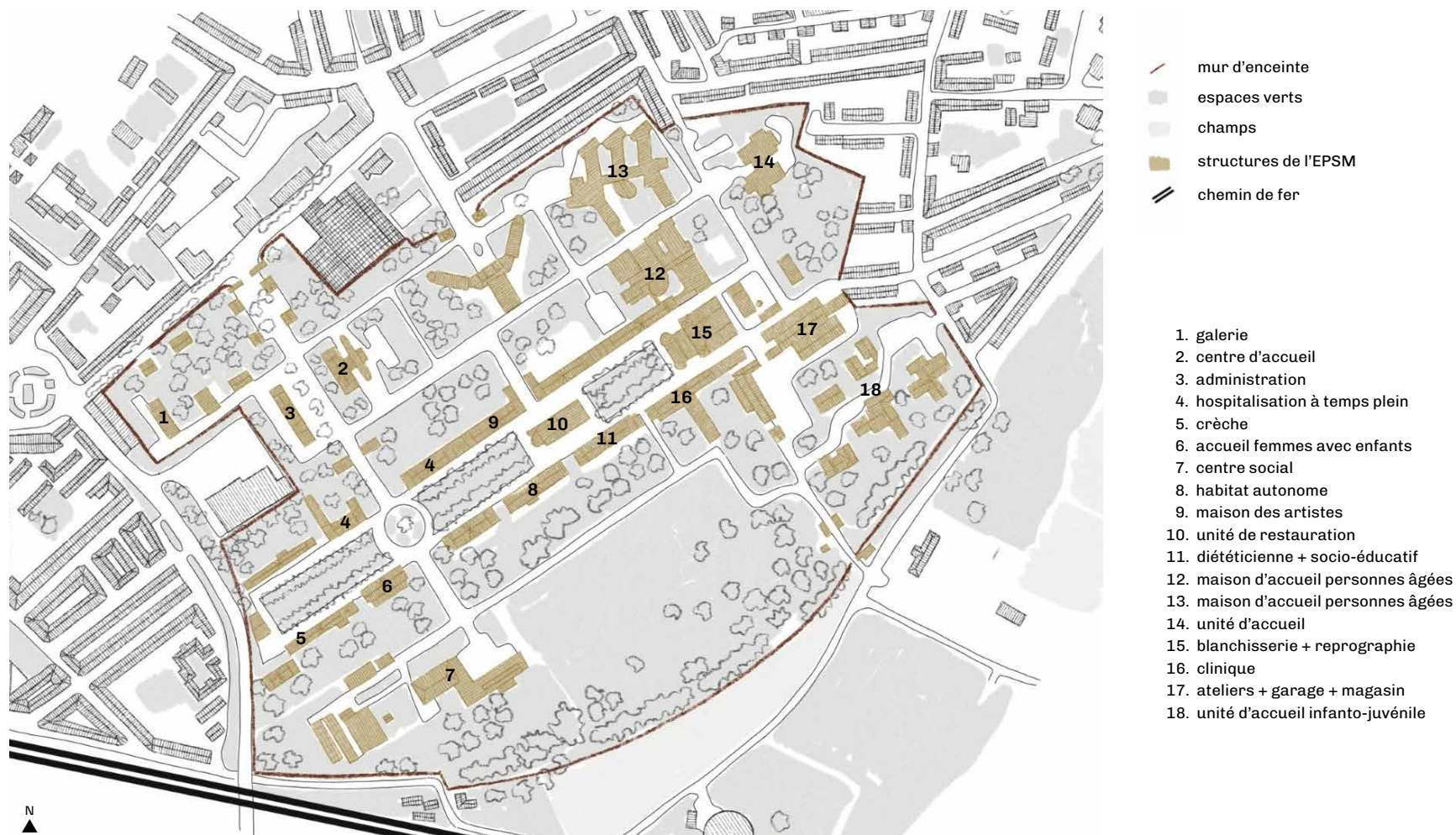


Fig. 11. Photographie de l'allée centrale⁴

⁴Source :
Photographie
réalisée par
J. Demeulenaere
le 15/02/24.

| 03.3

LES JARDINS : VESTIGES D'UNE TRAME INVULNÉRABLE

Fig. 12. Plan de l'EPSM d'Armentières avec organisation des différentes structures - échelle 1:5000¹

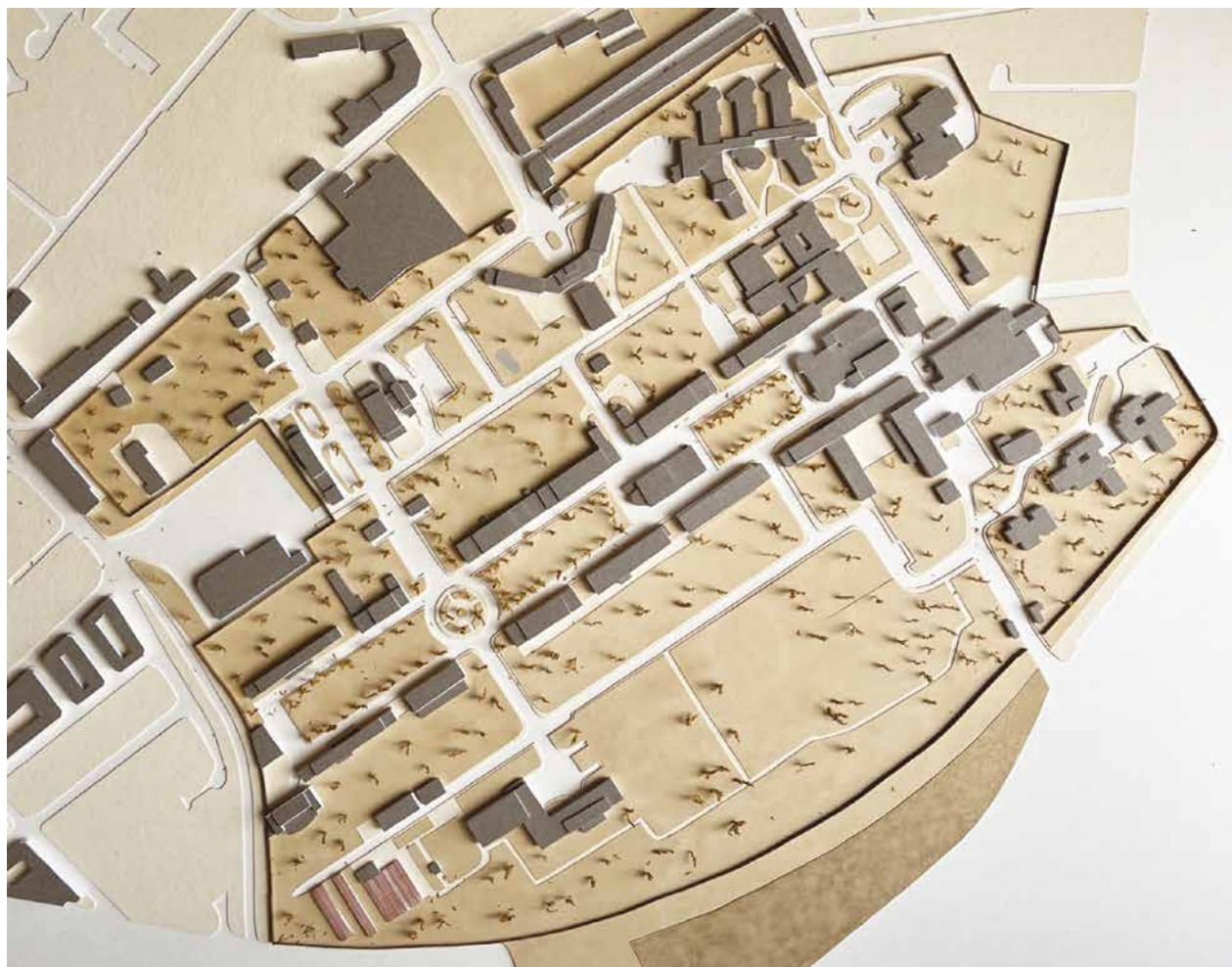


Fig. 13. Photographie de maquette de site - échelle 1:1000²

²Source :
Maquette
réalisée par
J. Demeulenaere.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.3



³Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere.

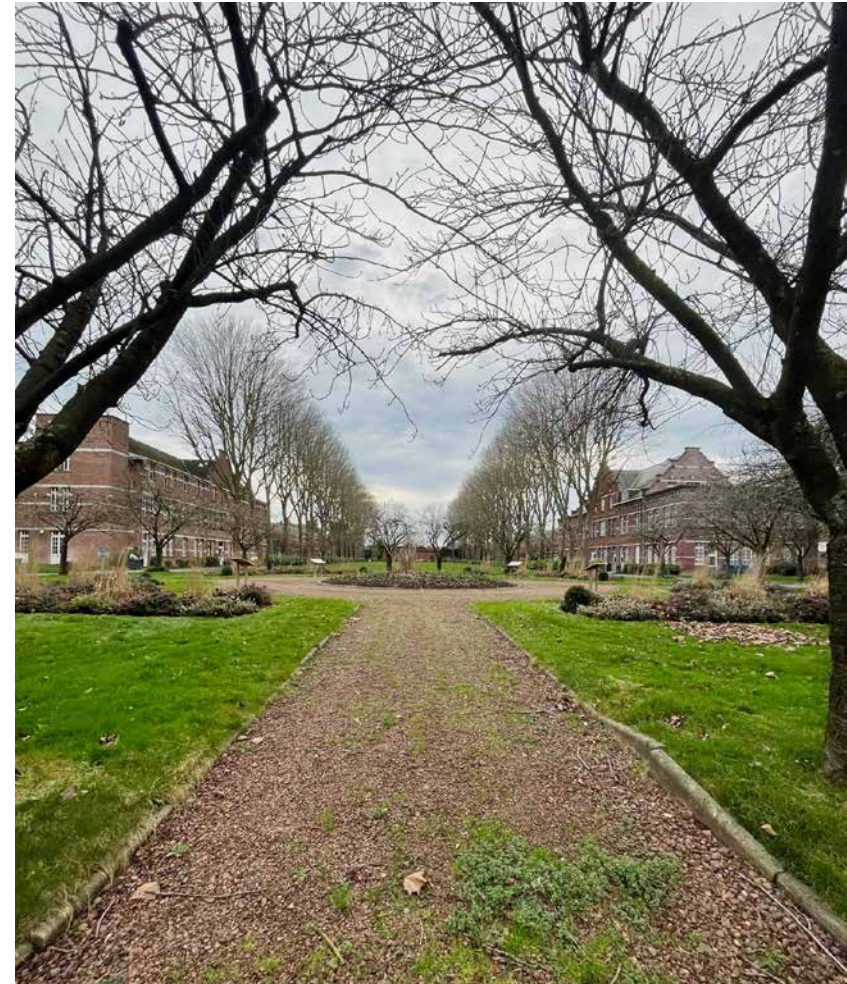


Fig. 14. Photographies de la drève centrale de l'EPSM³

À l'origine, le plan du centre de santé mentale s'organisait autour des jardins, symbolisant un axe de symétrie centrale qui régissait l'organisation. **Cette trame**, respectée minutieusement, conférait à l'établissement une rigueur quasi militaire où le respect des règles était primordial. Cependant, avec l'introduction de nouvelles structures en réponse aux problématiques du site, le plan s'est étendu, reléguant ces espaces verts sur le côté.

En se promenant dans le site, l'échelle des bâtiments nous ramène à **une dimension humaine**, tandis que les vastes allées verdoyantes insufflent **une bouffée d'air** au plan. Autrefois tracés et parcourus, ces espaces sont désormais peu fréquentés par les visiteurs.

Cette drève arbore une importance essentielle sur le site. Les arbres, implantés de manière régulière, encadrent le paysage et rythment le parcours. **L'arbre**, en lui-même, représente pour moi un repère évolutif, variant au fil des saisons et des années, symbolisant la vie et l'adaptation d'un être vivant à son environnement.

Cette analogie à l'être vivant associée à l'organisation spatiale spécifique et régulière des jardins a guidé l'implantation du projet. La notion de repère revêtant une grande importance dans la conception d'un habitat adapté à la maladie d'Alzheimer, il m'a paru rationnel de suivre la trame déjà existante formée par les arbres et les bâtiments pour organiser le projet.

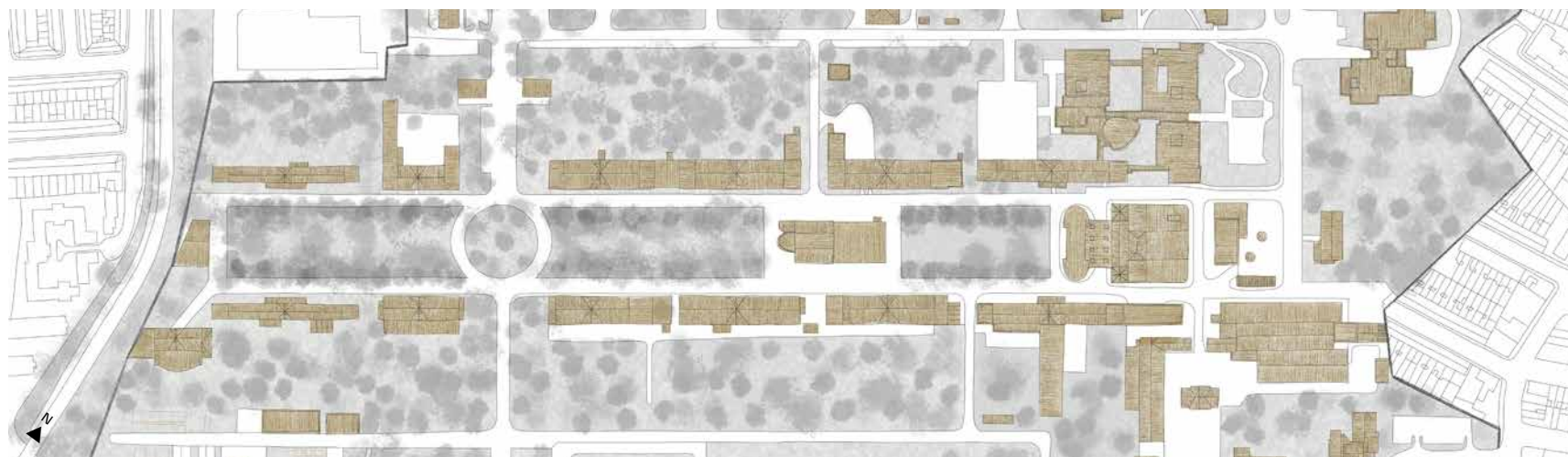


Fig. 15. Plan des jardins centraux du site - échelle 1:2000⁴

⁴Source : Plan réalisé à partir du cadastre et de vues aériennes par J. Demeulenaere.

| 03.4

DES REPÈRES COMME GUIDES SENSORIELS

Il est indéniable que des **repères** sont nécessaires dans un établissement comme celui-ci, afin d'orienter les patients et de faciliter leur navigation dans l'espace pour éviter toute confusion ou désorientation. Cependant, il est important de reconnaître que notre perception des repères peut varier d'une personne à l'autre.

Il serait pertinent de comparer la perception d'un soignant à celle d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Pour ce faire, lors d'une visite du site, j'ai demandé à **un membre du personnel hospitalier** de l'EPSM d'Armentières d'identifier ce qu'il considérerait comme des repères pour les patients (étude à retrouver en annexe). Parmi ses réponses, figuraient la présence du **mur d'enceinte**, les différents **panneaux de signalisation**, les **marquages au sol** et la vue des **blouses blanches** portées par le personnel soignant des différents pôles.

La maladie entraînant une perte progressive des facultés visuelles, ces éléments, aussi formels soient-ils, ne sont généralement pas perçus par les personnes atteintes.

Dans ce contexte, les repères efficaces sont souvent plus **sensoriels et tangibles**¹. Ils peuvent être liés à des éléments plus concrets et immédiatement perceptibles dans l'environnement tels que **des textures, des odeurs, des sons ou des sensations physiques**. Le toucher d'une rampe, le parfum d'une fleur particulière ou encore le son d'un clocher peuvent alors être des outils plus évocateurs et essentiels pour se repérer.

Ainsi, les repères les plus efficaces sont souvent ceux qui font appel aux sens, aux souvenirs et aux expériences sensorielles,

offrant des points de référence plus intuitifs et personnels dans l'espace environnant.

*Mais alors, sur quels repères
s'appuyer dans le site ?*

Pour répondre à cette question et élaborer un atlas des repères potentiels, je me suis entretenue avec Mme Augustine, qui m'avait accueillie gentiment dans sa chambre à l'EHPAD Henry-Delerue d'Houplines. Sachant qu'il serait difficile de l'emmener directement sur le site, j'avais préparé des photos des différents **éléments significatifs** du lieu.

Mon objectif était de voir si ces images évoquaient des repères pour elle et lui permettaient de se remémorer des souvenirs.²

Passionnée de fleurs et habituée à entretenir son propre jardin, elle a immédiatement été attirée par les espaces verts. Pour elle, le contraste des couleurs et des parfums constituait un repère idéal pour s'orienter dans un espace. En revanche, elle trouvait que les panneaux informatifs ou de signalisation n'étaient pas pertinents, les associant davantage aux conducteurs de voitures qu'aux piétons.

Elle a également remarqué que **les éléments verticaux** tels que les arbres et la cheminée de la chaufferie étaient intéressants pour se repérer, car « visibles de loin ». Lorsque je lui ai parlé de l'aspect évolutif de l'arbre, de sa transformation au cours des saisons et du symbole qu'il représente, elle a tout de suite approuvé l'idée de construire un projet à partir de cet élément.

¹Source :
D'après MECHKAT
Cyrus et BOULDIN
Bill dans
«Quelle
architecture
pour une société
fragilisée par son
vieillessement
? La spatialité
des personnes
âgées entre
l'établissement
médico-social et
l'habitat pour tous»

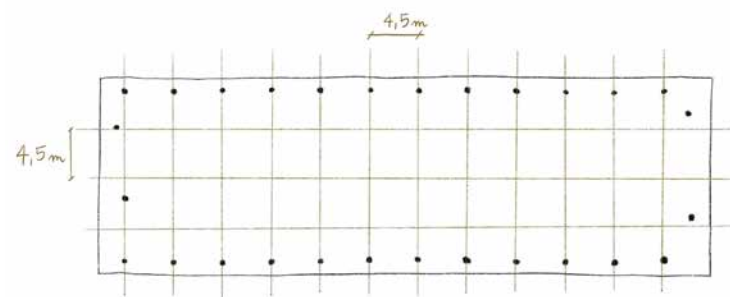
²Entretien avec
Mme Augustine
à retrouver en
annexe (p. 127)

Fig. 16. Photographie des espaces plantés de l'EPSM³

La présence préexistante des espaces plantés sur le site et leur caractère sensoriel ont été des éléments déterminants dans la conception d'un parcours sensoriel adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cela m'a inspiré à concevoir **un projet respectueux de la nature vivante du site** en préservant au maximum tous les espaces plantés existants et en y associant d'autres pour créer une continuité dans la perception de l'espace.

La symbolique du jardin, souvent associé au bien-être et à l'idéal, a guidé la conception du projet. En choisissant d'implanter celui-ci au sein même de l'allée principale bordée d'arbres et en respectant scrupuleusement la trame régulière induite par les troncs, j'ai cherché à fusionner harmonieusement avec le contexte environnant.

La trame de **4,5 mètres sur 4,5 mètres** a été le fondement de l'organisation, tant dans les espaces intérieurs qu'extérieurs. Elle a été intégrée à la structure et à la conception des dalles de sol pour se fondre et faire corps avec le contexte.

Fig. 17. Schématisation de la trame⁴

³Source :
Photographie
réalisée par
J. Demeulenaere.

⁴Source :
Schéma
réalisé par
J. Demeulenaere.

03

L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.4



Fig. 18. Photographie des poteaux caractéristiques de l'EPSM⁵

D'autres éléments comme les poteaux jaunes pointés vers le ciel, emblématiques de l'établissement hospitalier, servent de repères pour s'orienter. L'utilisation d'**une couleur vive**, en contraste avec les façades en briques, est un élément marquant et distinctif qui stimule l'oeil et la mémoire.

Tout au long du parcours dans le site, cette couleur jaune est utilisée tant pour la signalisation au sol que sur les panneaux de circulation.

Les façades en briques constituent un élément caractéristique du site ; semblant **toutes identiques**, elles peuvent induire en erreur ceux qui ne connaissent pas bien l'établissement. Le mur d'enceinte, composé de briques, peut être longé de l'intérieur comme de l'extérieur. En suivant sa trace, on atteint tous les accès permettant d'entrer ou de sortir.

Ce mur, **marqué par les épreuves du temps**, témoigne de l'histoire du site. Chaque section est unique, avec des briques et des joints présentant différents aspects, source du patrimoine de la cité de la toile.

⁵Source :
Photographie
réalisée par
J. Demeulenaere.

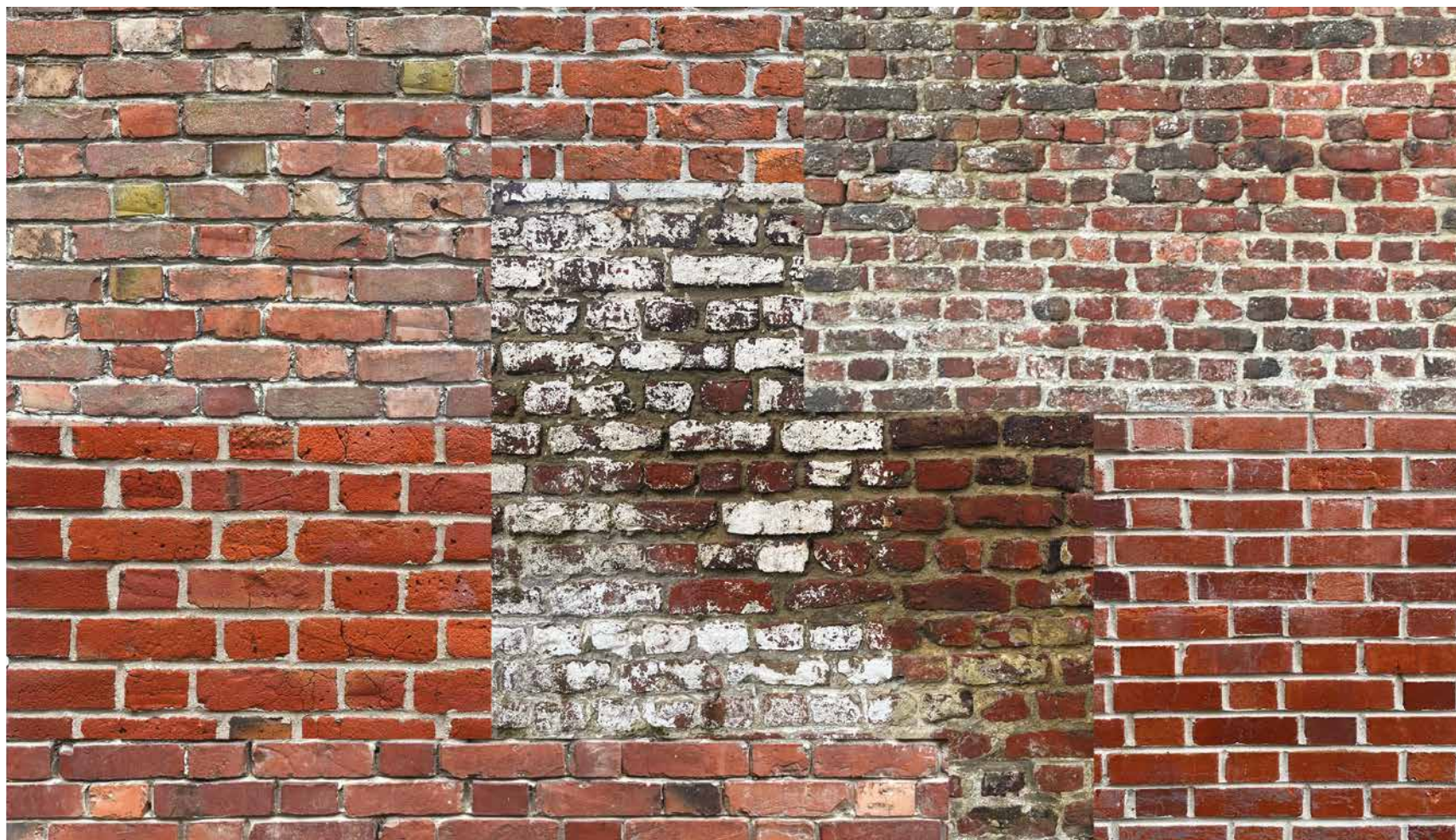


Fig. 19. Collage des différentes sections du mur d'enceinte⁶

⁶Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.4

En avril 2019, dans le cadre des 400 ans de l'EPSM Lille Métropole, l'équipe du service des espaces verts a remonté le temps en reconstituant un jardin comme il en existait au XVII^{ème} siècle : **le jardin sensoriel**. Il a été conçu et aménagé à l'intention des patients du centre, mais également des membres du personnel hospitalier. Ainsi, pendant leur pause déjeuner, ces derniers peuvent se promener dans ce jardin et profiter du **cadre apaisant qu'offre le site**. Accessible tous les jours, y compris au grand public, il offre des espaces propices aux rencontres et aux échanges, ainsi que des serres couvertes où certains patients participent aux activités.

Ce jardin a été pensé pour **éveiller les sens** des patients à travers des textures variées et des senteurs envoûtantes. Les plantes sont sélectionnées en fonction de leurs couleurs et de leurs parfums, offrant une succession de sensations au fil des saisons. Des espaces de déambulation agrémentés de jeux de textures au sol sont aménagés pour **encourager la mobilité** des patients.

Cette initiative témoigne de la volonté des soignants d'intégrer des thérapies non-médicamenteuses basées sur les stimulations sensorielles en complément de l'approche médicale traditionnelle.

Cette installation s'inscrit parfaitement dans la continuité du projet d'architecture proposé, visant à créer un espace d'accueil et d'hébergement propice à la convivialité et au bien-être des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Elle pourrait servir de point de départ et de repère essentiel dans un parcours intégrant le projet ainsi que les potentiels futurs équipements.

⁷Source :
Photographie
réalisée par
J. Demeulenaere.



Fig. 20. Photographie des jardins sensoriels⁷



Fig. 21. Photographies des jardins sensoriels et de la serre⁸

⁸Source : Photographies réalisées par J. Demeulenaere.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

| 03.5

SYNERGIE MÉDICO-URBAINE



À ses débuts, l'Etablissement Public de Santé Mentale adoptait un modèle similaire à celui des institutions pénitentiaires, où les personnes atteintes de troubles mentaux étaient reléguées, éloignées autant que possible de la population. Bien que l'établissement se soit progressivement ouvert à la ville, offrant des espaces verts accessibles à tous et encourageant la participation des habitants d'Armentières à des activités collectives, il demeure encore **très fermé**.

L'un des principaux enjeux lors du choix de ce site était de **rétablir un lien entre l'hôpital et la ville**. L'introduction de nouvelles structures au sein de l'établissement, telles que des parcours sensoriels ou un tiers-lieu vise à dynamiser cet espace et le connecter davantage à son environnement extérieur. Cette ouverture ne consiste pas à abolir le mur d'enceinte, mais plutôt à favoriser la **perméabilité** et la **porosité**. L'idée étant d'envisager ces murs **comme un lien plutôt qu'une frontière**. Tout en reconnaissant l'importance d'une limite pour assurer la sécurité des résidents et éviter qu'ils ne sortent sans surveillance, le projet s'inscrit dans une perspective de **connexion** et de **dialogue** avec la ville.

Ce lien se matérialise par l'instauration d'un **réseau de transports en commun** (navettes) permettant aux patients de recevoir les visites de leurs proches et d'utiliser les commerces de proximité (accompagnés de soignant(s)), également par la **reconversion de certains espaces inoccupés avec de nouvelles fonctions** visant à revitaliser le site. De plus, la **création d'un tiers-lieu** sur les toits de l'unité de restauration actuelle représente une opportunité de rassemblement et d'activités avec, en surplomb, **une salle de restauration et des ateliers collectifs**.

¹Source :
Photographies
réalisées par
J. Demeulenaere.

Fig. 22. Photographies du mur d'enceinte à différents endroits¹



- 1. zones d'implantation du projet
- 2. le jardin sensoriel existant
- 3. les serres existantes
- 4. implantation d'un réseau de transports en commun
- 5. tiers-lieu
- 6. nouvelles fonctions

²Source :
Document
réalisé d'après des
plans et photos
aériennes par
J. Demeulenaere.

Fig. 23. Plan des différentes interventions proposées par le projet²

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.1

L'une des premières intentions lors de l'élaboration du projet était de **s'ouvrir sur la ville** et de **renouer avec l'activité urbaine**. Le projet vise à dynamiser le site, jusqu'alors fermé sur lui-même, en créant **des connexions avec la ville** grâce à l'ajout de nouvelles fonctions dans des bâtiments inoccupés du centre hospitalier. Bien que cette dimension ne fasse pas partie du projet proposé pour le travail de fin d'études, elle reste une préoccupation pouvant être explorée ultérieurement en vue d'une évolution dans la même lignée que l'hypothèse de projet présentée.

L'objectif était de créer des équipements profitant à la fois aux habitants de la ville d'Armentières, aux patients de l'Etablissement Public de Santé Mentale et aux nouveaux résidents, atteints de la maladie d'Alzheimer. Parmi ces équipements, on envisage une bibliothèque, des ateliers de loisirs créatifs comme la couture ou la peinture ainsi que des espaces verts publics.

L'élément en surplomb du projet, appelé **tiers-lieu**, s'impose comme une connexion essentielle avec la ville. Le terme « tiers-lieu » vient de l'anglais « the third place » désignant un environnement social se situant après la maison et le travail.¹

Installé sur le toit de l'Unité Centrale de Restauration Commune, ce lieu offre un **espace de restauration et d'ateliers partagés** dans une serre. L'atmosphère est conçue pour y être chaleureuse et baignée de lumière et de nature, avec un regard sur les nouveaux espaces de jardins aménagés.

¹Source :
Thèse développée
par Ray Oldenburg,
professeur en
sociologie urbaine.

²Source :
Dessin
réalisé par
J. Demeulenaere.

S'OUVRIR À LA VILLE



Fig. 1. Photographie de maquette - échelle 1:500 - La serre surplombant les jardins

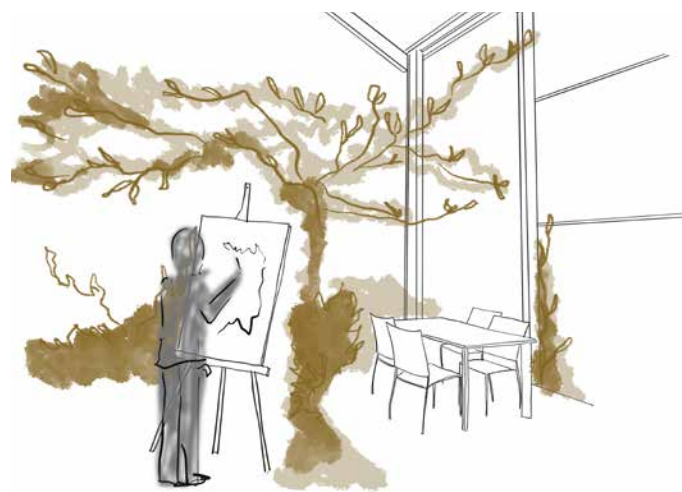
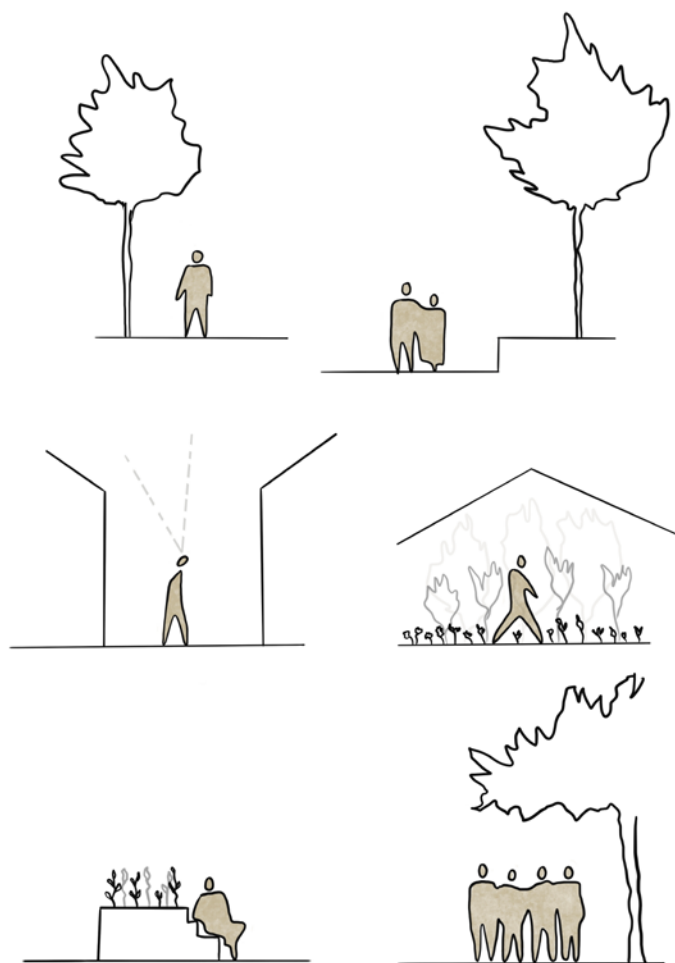


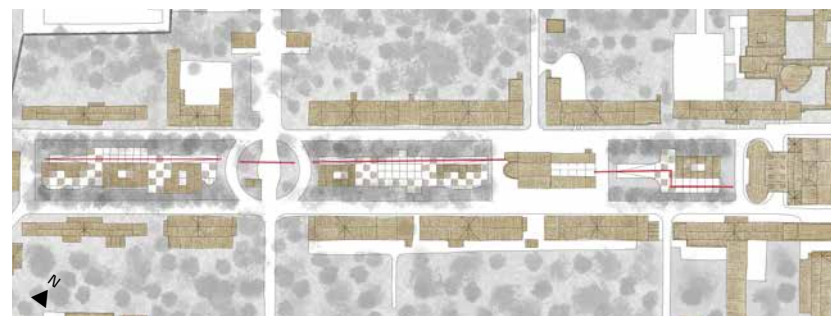
Fig. 2. Dessin d'atmosphère de l'espace de serre - restaurant / ateliers partagés²

Fig. 3. Dessins des différents rapports au contexte pendant le parcours³

L'idée du **parcours sensoriel**, destiné aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'aux Armentériens et aux résidents du centre hospitalier, apparaît comme un moyen de créer des **liens entre toutes les pathologies** et de proposer des **espaces de rencontres et d'échanges** dans un environnement sécurisé et stimulant les sens.

Ce parcours est, pour le moment, concentré sur les trois espaces de jardins où le projet s'implante mais pourrait s'étendre jusqu'aux accès de l'établissement et se prolonger dans la ville dans l'hypothèse d'une évolution programmatique.

Bordé d'un mur en briques de terre cuite sur lequel les patients peuvent s'appuyer et s'intégrant aux variations topographiques proposées, ce parcours évolue sur différentes dalles, permettant aux résidents de circuler librement et en toute sécurité. Tantôt **semi-enterré**, tantôt **au niveau du sol**, parfois **sous les arbres**, parfois **ouvert sur le ciel**, bordé de **parterres floraux** ou **traversant une serre**, il joue avec les sens et offre une diversité d'ambiances tout au long de sa trajectoire.

Fig. 4. Schéma de la trajectoire du parcours dans le projet - échelle 1:5000⁵

³Source : Documents réalisés par J. Demeulenaere.

| 04.2

CONSTRUIRE SOUTENABLE

Le projet se veut **durable**, tant dans sa construction que dans sa conception ; le choix des matériaux et des techniques de construction a donc été un point central guidant son élaboration.

L'objectif est de valoriser les trajets courts et de privilégier **les matériaux et le savoir-faire locaux**, ce qui a conduit au choix de **la terre** comme matériau principal. La terre récupérée après les étapes de terrassement sera utilisée pour les murs porteurs composés d'une ossature en bois accueillant le pisé, ainsi que pour la fabrication des briques en terre cuite qui composeront le mur sensoriel.

Les matériaux utilisés incluent la terre, le bois et le verre. La terre s'est imposée comme le matériau de prédilection en raison de ses caractéristiques **sensibles et vivantes**. Elle évoque la vie, nous nourrit et nous permet de respirer, une symbolique intéressante à intégrer dans le projet. La terre est un matériau qui respire, qui a une **odeur**, une **texture**, une **température** et qui peut être un élément de référence pour des personnes souffrant de troubles sensoriels. L'atmosphère des constructions en terre est généralement chaleureuse et fait rappel aux constructions humaines primitives où l'objectif était de se protéger des menaces extérieures.

Le sol des trois jardins où le projet prend place a été abaissé d'un **mètre par rapport au niveau initial** du site. Des rampes et des escaliers se dessinent alors le long du parcours, permettant de relier les différentes parties du projet. L'avantage de creuser pour habiter sera développé et expliqué plus en détail dans la section suivante (04.3).

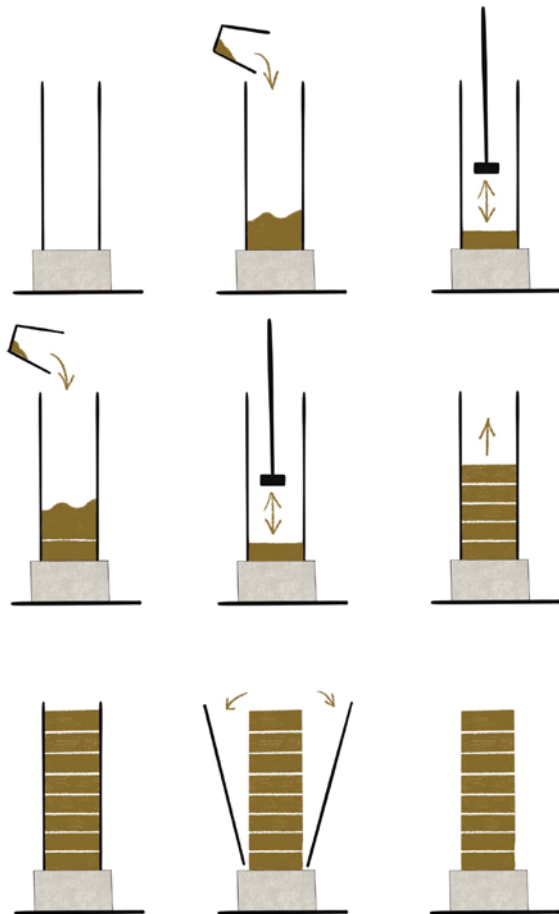


Fig.5. Schéma des différentes étapes dans la construction d'un mur porteur en pisé/bois¹

¹Source :
Dessins
réalisés par
J. Demeulenaere.

Le travail de **Martin Rauch**² m'a grandement inspiré dans l'élaboration du projet. En collaboration avec **Roger Boltshauser**³, il a construit dans sa ville natale une maison en terre battue pour lui et sa famille. Cette maison, aux murs porteurs en pisé, s'impose comme un monolithe où il fait bon vivre et constitue un parfait exemple de **construction respectueuse** des ressources naturelles.

Le matériau pisé étant assez difficile à mettre en œuvre, le placement des baies demeure un élément fondamental de la construction. Chaque ouverture doit être soigneusement justifiée et placée pour apporter un certain type de lumière selon la fonction de l'espace concerné. Le projet propose donc trois types d'ouvertures différentes : **les ouvertures pleines, les ouvertures avec allèges et les ouvertures hautes de type « bandeau »**⁴.

Les ouvertures pleines seront allouées aux patios afin d'apporter la végétation dans les espaces intérieurs. Les ouvertures avec allèges seront privilégiées pour les espaces communs ouverts sur l'extérieur, l'allège permettant au résident de bien distinguer la baie. Les ouvertures hautes seront réservées aux espaces intimes, nécessitant un apport de lumière sans permettre la vue depuis l'extérieur.

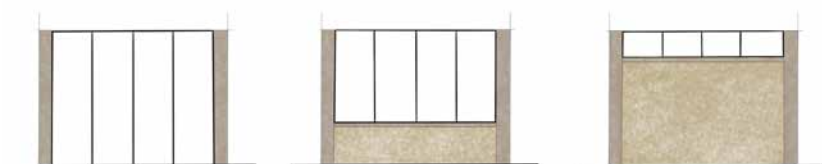


Fig.6. Dessin des différents types de baies⁵

1. mur en pisé (50 cm)
2. sous-bassement pierre (50 cm)
3. sol
4. chaînage
5. élément de connexion
6. charpente en bois (20 cm)
7. lattage / contre lattage en bois (15cm)
8. gouttière en zing
9. tuiles en terre cuite

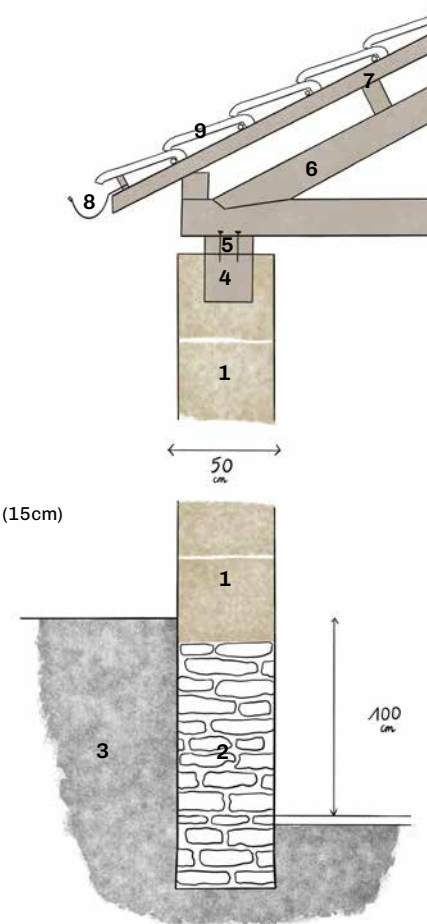


Fig.7. Détails techniques - mur de soutènement et raccord charpente⁵

²Martin Rauch :
Céramiste
et architecte
spécialisé dans la
construction en
terre.

³Roger Boltshauser
Architecte suisse.

⁴Ouvertures de
type « bandeau » :
Un des cinq
principes de
l'architecture
moderne selon Le
Corbusier - fenêtre
en bande.

⁵Source :
Dessins réalisés
par
J. Demeulenaere.

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.3

FAVORISER ET MAINTENIR L'AUTONOMIE DU PATIENT





Fig.8. Plan d'implantation du projet entier - échelle 1:2000¹

¹Source :
 Plan réalisé par
 J. Demeulenaere.

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.3

Le projet a été conçu pour favoriser et maintenir l'autonomie **des patients atteints de la maladie d'Alzheimer**. Pour ce faire, le niveau des jardins a été abaissé d'un mètre par rapport au niveau initial du sol, permettant aux personnes se déplaçant dans le projet d'avoir un rapport différent au contexte tout en étant surveillées et accompagnées le plus discrètement possible.

Creuser et proposer des espaces semi-enterrés permet de mettre à distance les espaces d'habitat tout en les intégrant pleinement au site. Cela génère divers rapports au contexte selon l'endroit où l'individu se trouve et ses caractéristiques (personne âgée, personne à mobilité réduite, enfant, adulte...)

Depuis ce nouveau point de vue, des éléments auparavant inutilisés peuvent être mis à profit, comme **les gouttières servant de rambarde** ou **le mur de soutènement utilisé comme garde-corps ou assise**. Avec l'âge, les personnes âgées ont tendance à se courber et nécessitent des appareillages médicaux pour se déplacer. De plus, celles atteintes de la maladie souffrent de déficits à plusieurs niveaux (acuité visuelle, auditive, motricité, compréhension...). Leur **interaction avec l'environnement** est donc fondamentalement différente de celle d'un individu lambda sans symptômes liés à la pathologie.

Le projet a été conçu en s'identifiant à une personne touchée par la maladie, en considérant ses faiblesses et ses besoins. Le sol est composé de dalles carrées de 4,5 mètres intégrées harmonieusement à la trame créée par les arbres, structurant tous les espaces du projet. Ces dalles forment un damier permettant aux résidents de mesurer les distances parcourues et servant de **repère visuel**.

²Source :
Dessins réalisés
par
J. Demeulenaere.

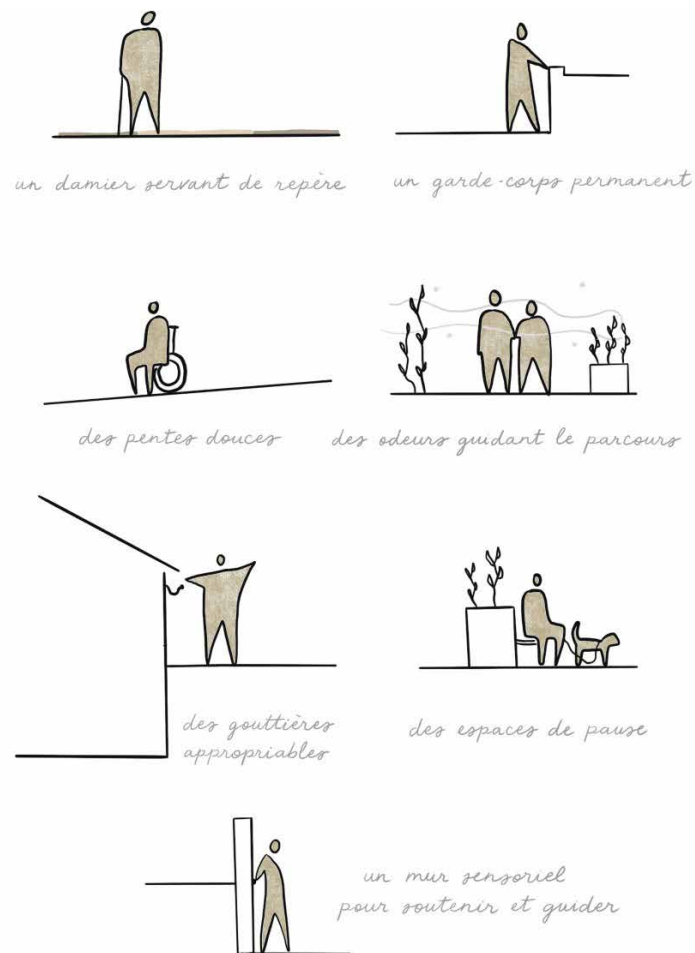


Fig.9. Dessins des différents dispositifs spatiaux adaptés aux personnes âgées²

La trame qui organise tous les éléments du projet offre une organisation spatiale régulière, permettant aux personnes malades de **s'orienter plus facilement** et d'éviter la **sensation de désorientation**.



Fig.10. Photographie de maquette - organisation spatiale³

Le damier est revêtu de **sable stabilisé** de deux teintes différentes, offrant une résistance et une stabilité adéquates pour les lieux publics. Les zones d'habitat s'intègrent dans la trame en créant des séquences entre espaces privés et publics.

On y trouve **des serres publiques** accueillant des activités collectives, des **habitats autonomes**, des **habitats collectifs** et des **habitats médicalisés** afin de convenir aux manières d'habiter et aux préférences de chacun. La capacité d'accueil est de **30 personnes** ; ces trois types d'habitat seront développés en détail dans le point 04.5.

Le mur sensoriel, composé de briques en terre cuite, agit comme un **fil d'Ariane** permettant à chacun, en le suivant, de retrouver son chemin. Tantôt extérieur, tantôt intérieur, il sert de support à tous les espaces en devenant tour à tour **assise, garde-corps, rangement, cadrage ou encore support végétal**. Sa couleur rouge-orangé vient contraster avec les teintes naturelles du projet, attirant immédiatement le regard.



Fig.11. Dessins des différentes fonctions du mur sensoriel³

³Source :
Documents réalisés
par
J. Demeulenaere.

| 04.4 INTÉGRER LES FAMILLES DANS LE PARCOURS DU PATIENT

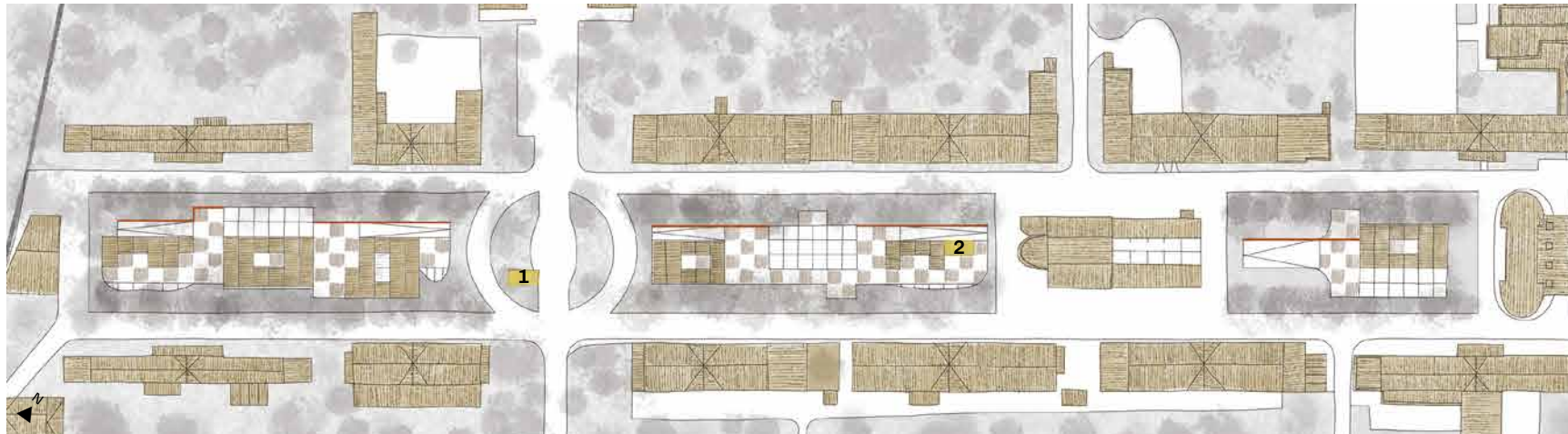


Fig.12. Emplacement des dispositifs d'accueil pour les familles et les proches - échelle 1:2000¹

Mon expérience personnelle et mes discussions avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ont révélé que **le contact avec les familles** et les proches est primordial. Le soutien des proches fait partie intégrante de la thérapie, permettant à la personne touchée de rester ancrée socialement et de maintenir les liens sociaux.

Le projet a donc cherché à **accueillir les familles** de patients et à **faciliter leurs visites**. Le premier dispositif mis en œuvre est l'intégration d'une **navette reliant les jardins au centre-ville**. Grâce à ce service, un petit-fils ou une petite-fille peut aisément rendre visite à son grand-parent sans dépendre d'une voiture. Cela permet également aux résidents les plus autonomes de se rendre en centre-ville afin d'y faire des courses ou de fréquenter

1. arrêt de bus
2. logement destiné aux familles

divers lieux tels que la bibliothèque, le café ou la salle de spectacle.

Le deuxième dispositif consiste à proposer un **logement** situé dans les zones d'habitat autonome, **accessible à toute personne souhaitant passer un séjour** (court ou long) dans le projet. Ce logement de **40m²** comprend une chambre simple avec salle de bain privée ainsi qu'un espace de cuisine, une salle à manger et un salon. Il est bordé d'espaces verts totalement appropriables par les résidents et est destiné aux familles habitant loin et n'ayant pas la possibilité d'être hébergées par le patient.

¹Source :
Plan réalisé par
J. Demeulenaere.

S'ADAPTER AU MODE D'HABITER DU PATIENT

04.5 |

Le projet vise à proposer différents types d'habitat adaptés aux modes de vie de chacun. Les trois types d'habitat proposés sont : l'**habitat autonome**, l'**habitat collectif** et l'**habitat médicalisé**.

L'**habitat autonome** se compose de logements d'environ **60 m²** disposant d'une chambre double avec salle de bain privée, d'un espace de cuisine ouvert sur la salle à manger et le salon ainsi qu'un petit espace de jardin privé. Ces logements peuvent être habitables par des personnes seules ou par des couples. Le projet global inclut **cinq logements de ce type**, permettant d'héberger jusqu'à **dix personnes**.

L'**habitat collectif** s'inspire de la Maison des Sages de Buc et propose une colocation entre plusieurs personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les espaces communs, situés en partie semi-enterrée, comprennent une cuisine partagée, un espace de restauration, des espaces d'activités collectives et un jardin privé. À l'étage, on trouve des chambres privées de **20m²**, disposant chacune d'une salle de bain et d'un petit espace extérieur. Le projet global comprend **deux logements de ce type**, pouvant accueillir chacun **quatre résidents**, soit un total de **huit résidents** maximum.

L'**habitat médicalisé** contient les espaces médicaux accessibles à tous les résidents du projet. Ces espaces, situés en partie semi-enterrée, sont directement reliés à la **serre collective** et comprennent **deux espaces de consultation médicale** (médecin et kinésithérapeute), ainsi que des espaces de motricité et d'activités ouverts sur un patio central. Le projet global dispose de **deux structures de ce type**, pouvant accueillir chacune **quatre résidents**, soit un total de **huit résidents** maximum.

Au total, le projet peut accueillir **36 personnes atteintes** de la maladie d'Alzheimer, accompagnées en permanence par du personnel soignant. On peut donc estimer qu'en incluant tout le personnel et les résidents, **une cinquantaine** de personnes habiteront le projet.

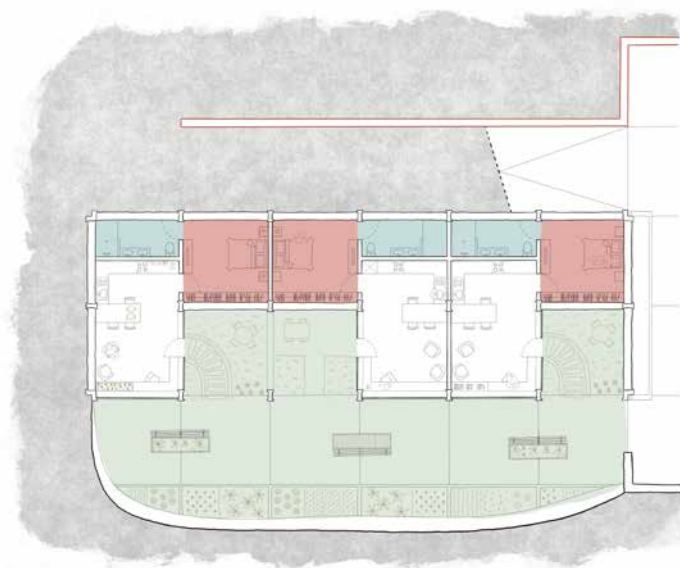
Il est important de rappeler que **le stade de la maladie** dans lequel se trouve la personne touchée **ne détermine pas** son placement dans tel ou tel type d'habitat, mais que ce sont **son mode de vie et ses préférences** qui priment. Ainsi, il est possible de trouver une personne au stade 1 résidant dans un habitat médicalisé et une personne très avancée dans la maladie dans un habitat collectif, si cela est bénéfique pour elle.

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.1

L'HABITAT AUTONOME

- espace commun
- chambre
- salle de bain
- salle de soins
- espace extérieur



¹Source :
Plans réalisés par
J. Demeulenaere.

Les différents logements qui composent l'habitat autonome sont identiques et orientés en fonction des apports de lumière. Le salon et la salle à manger bénéficient des lumières du **sud-ouest** et du **sud-est** grâce aux baies vitrées dotées d'allèges, idéales pour placer des bureaux ou permettre aux plantes de capter les rayons du soleil. Totalement ouverts sur les jardins privés, ces espaces s'étendent à l'extérieur et permettent aux résidents de manger en plein air.

La cuisine, ouverte sur l'espace de salon, sert de transition entre les espaces dits « privés » et les espaces de réception. La chambre, d'une superficie de **20 m²**, propose un lit double, un espace de rangement et la possibilité d'ajouter une fonction supplémentaire comme **un bureau ou une télévision**. Elle dispose d'une fenêtre bandeau haute qui permet de faire entrer de la lumière en conservant le caractère intime de la pièce. La salle de bain, accessible depuis la chambre, est équipée d'une double vasque, d'une douche adaptée aux personnes à mobilité réduite (PMR) et de toilettes.

Tout le logement est accessible aux PMR, et des dispositifs peuvent être ajoutés ou modifiés pour faciliter leur usage, comme des plans de travail et des tables réglables en hauteur.

Le logement a été conçu pour s'adapter aux modes de vie de chacun en proposant des espaces pouvant être totalement **appropriables** selon la personne qui habitera les lieux. Chacun est libre d'agencer l'habitat comme il le souhaite, en fonction de ses préférences et de ses envies.

Fig.13. Plan programmatique de l'habitat autonome - échelle 1:500¹

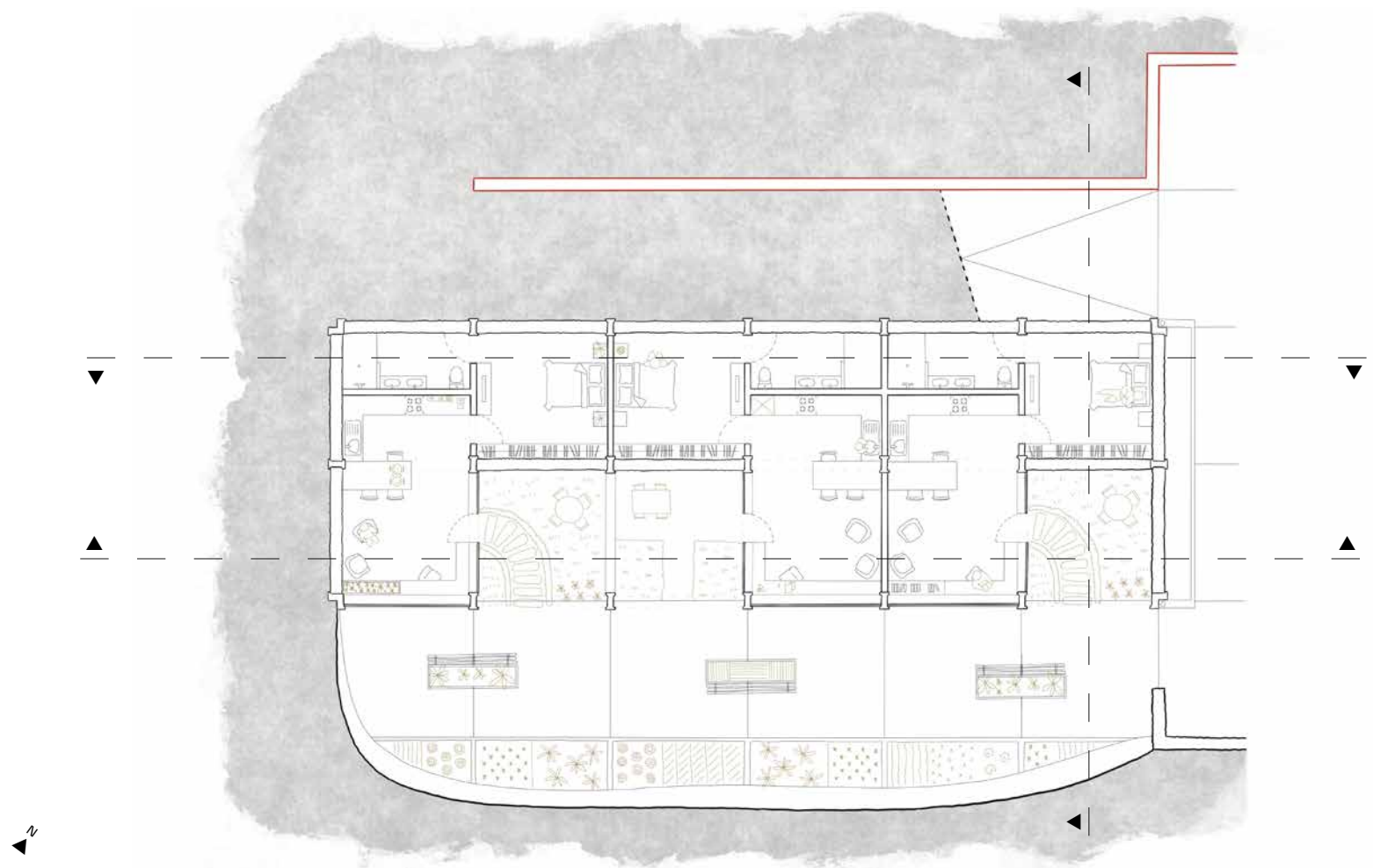
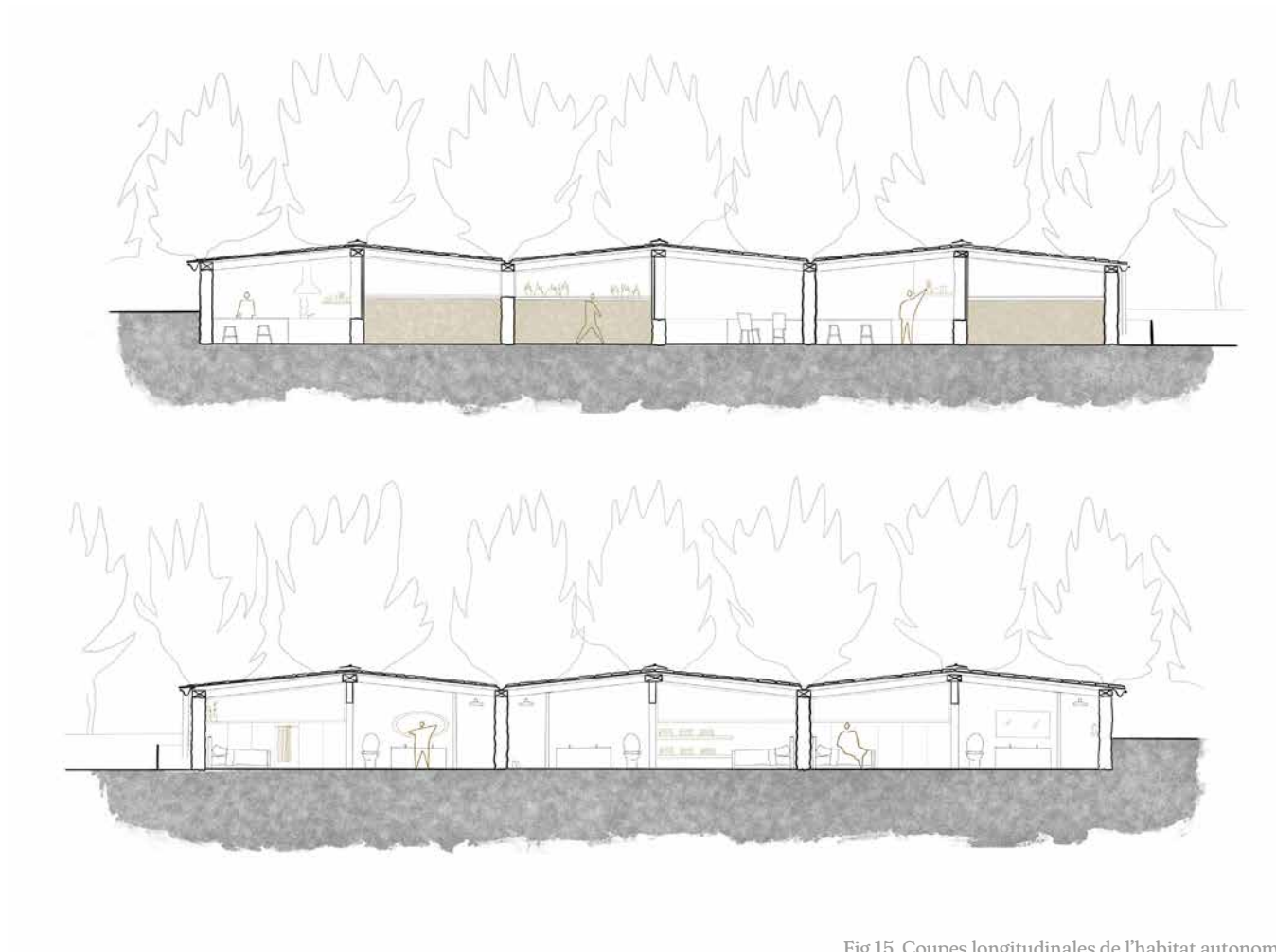


Fig.14. Plan de l'habitat autonome - échelle 1:200¹

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.1



²Source :
Coupes réalisées
par
J. Demeulenaere.

Fig.15. Coupes longitudinales de l'habitat autonome - échelle 1:200²

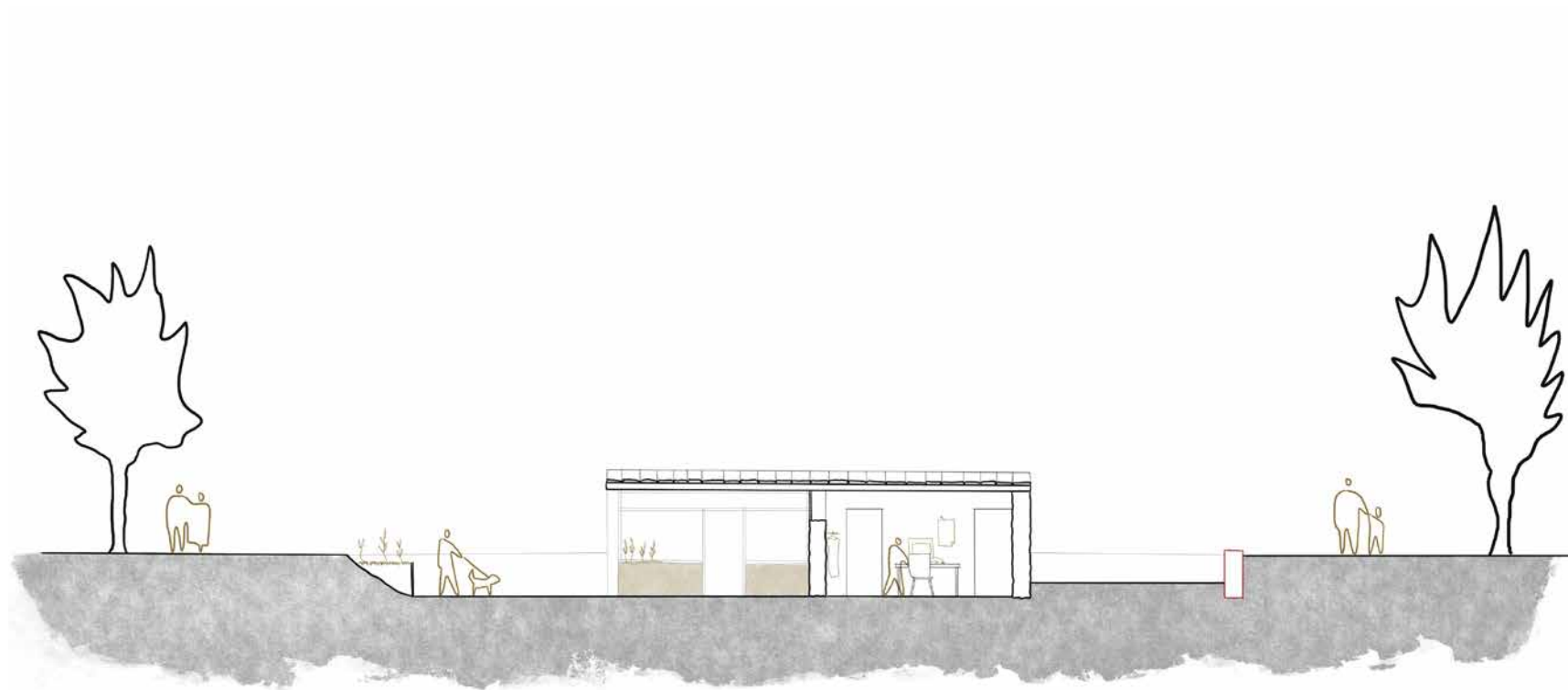


Fig.16. Coupe transversale de l'habitat autonome - échelle 1:150²

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.1



Fig.17. Photographie de maquette - échelle 1:100

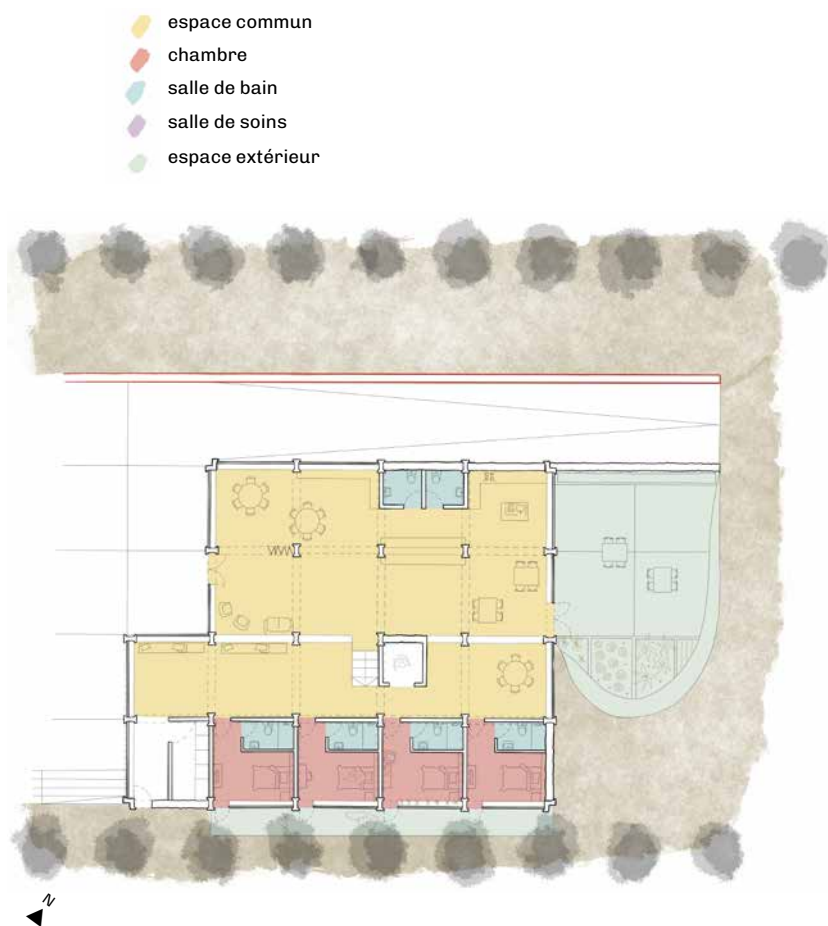


Fig.18. Photographie de maquette - échelle 1:100

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.2

L'HABITAT COLLECTIF



¹Source :
Plans réalisés par
J. Demeulenaere.

Fig.19. Plan programmatique de l'habitat collectif - échelle 1:500¹

L'**habitat collectif** se divise en deux parties : une partie semi-enterrée où se trouvent les espaces communs et une partie au niveau du sol dédiée aux chambres. On accède aux espaces communs par des rampes d'accès situées de part et d'autre du projet menant aux jardins sensoriels. L'espace commun, **entièrement traversant**, permet de rejoindre le jardin privé réservé aux résidents de la collocation. Avec une hauteur sous plafond de 3,50 mètres, cet espace bénéficie de la lumière du sud-est et du nord-ouest, assurant un bain de lumière naturelle toute la journée. Les espaces communs comprennent des zones de détente et d'ateliers collectifs, une cuisine partagée et un espace de restauration.

L'espace de restauration se prolonge dans le jardin privé, où des potagers sont aménagés pour permettre aux résidents de faire du jardinage.

Les espaces dits « privés » sont situés **un mètre plus haut** que les espaces communs et sont accessibles par un espace de transition offrant une vue sur ces derniers. Cet espace tampon propose des zones de pause et de détente et donne accès aux chambres ainsi qu'aux espaces dédiés au personnel soignant. On compte **4 chambres** identiques de **20 m²**, chacune équipée d'une **salle de bain PMR** et d'un petit **espace appropriable par le résident**. Chaque chambre dispose d'un accès extérieur à une terrasse privée.

L'**accès pour le personnel soignant** se fait par le même étage et permet d'invisibiliser l'accompagnement en donnant aux soignants la possibilité d'entrer dans la collocation sans être vus par les résidents. Des vestiaires sont mis à leur disposition.

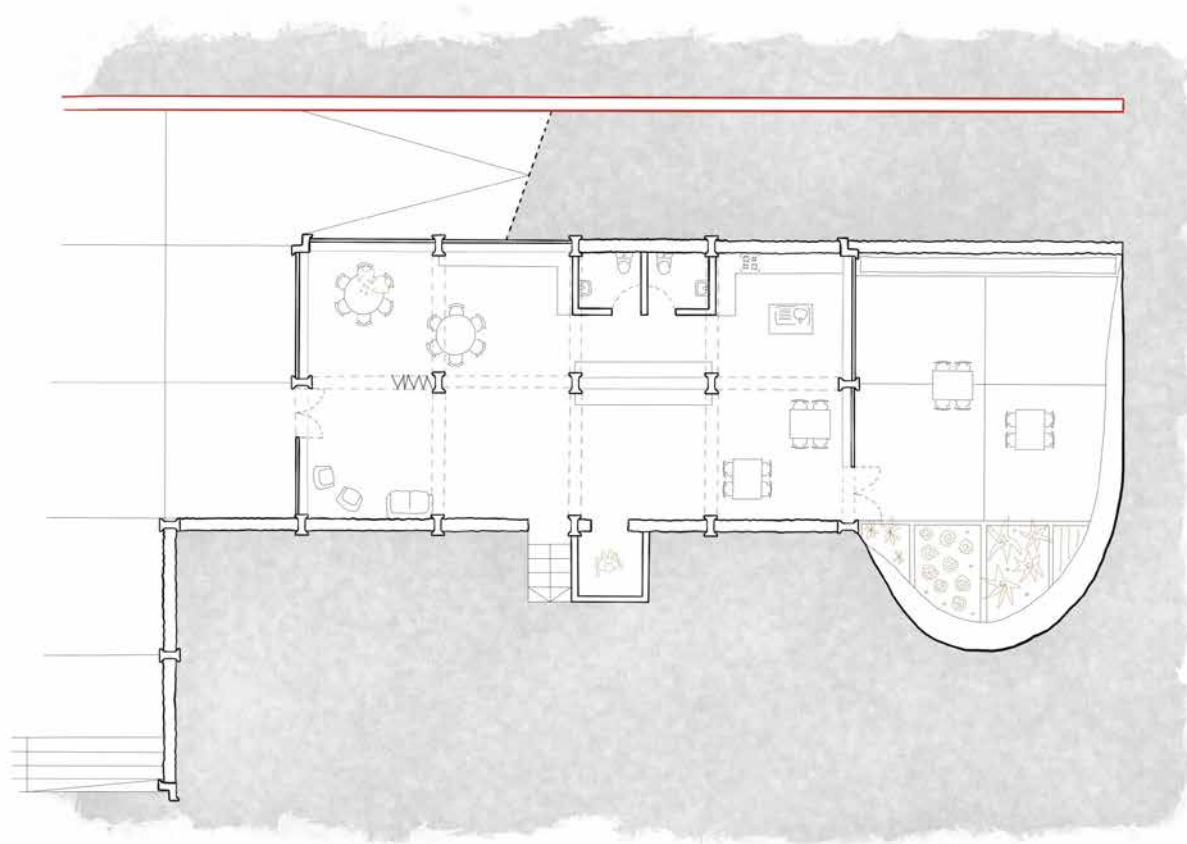
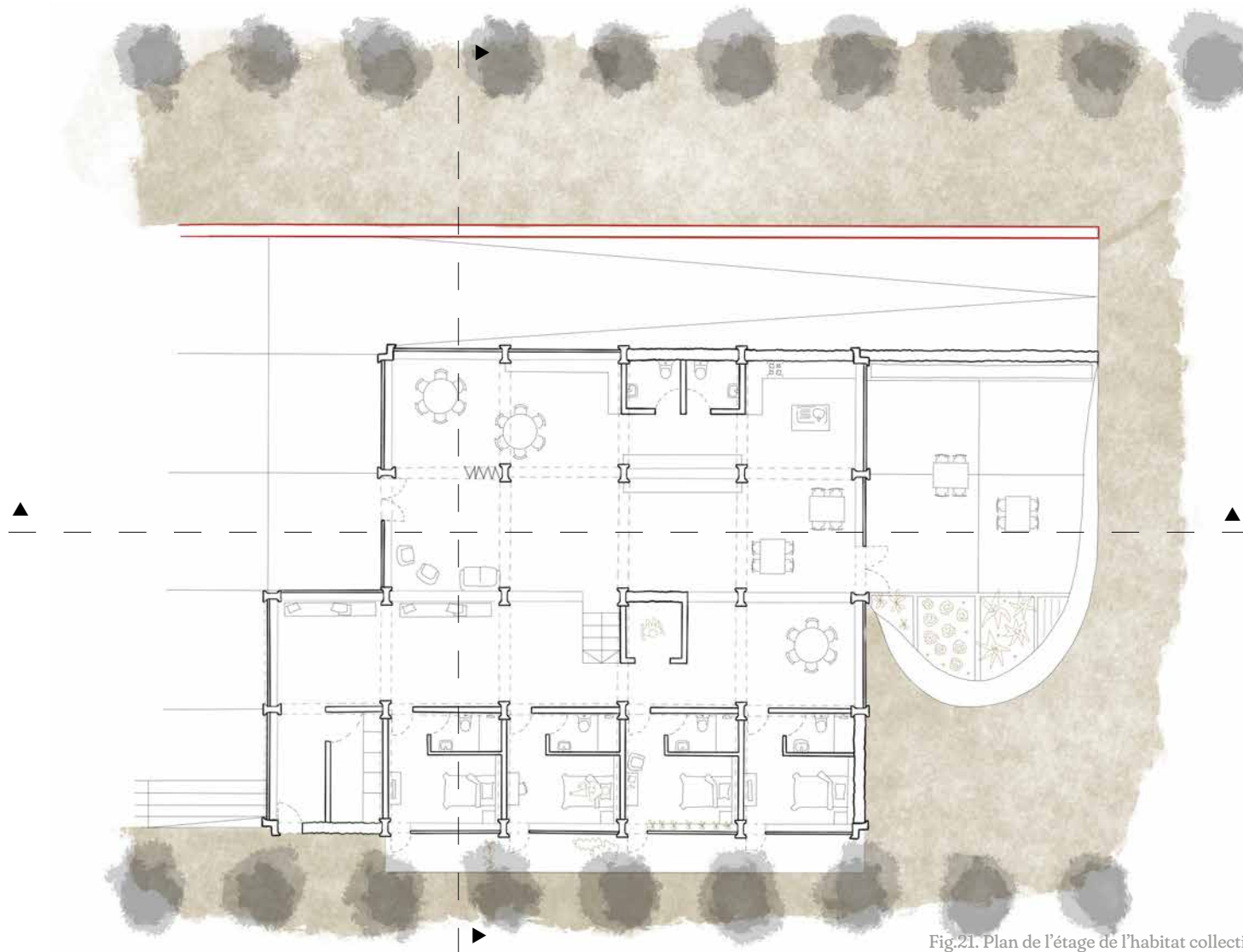


Fig.20. Plan du rez-de-chaussée de l'habitat collectif - échelle 1:200¹

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.2



²Source :
Plan réalisé par
J. Demeulenaere.

Fig.21. Plan de l'étage de l'habitat collectif - échelle 1:200²

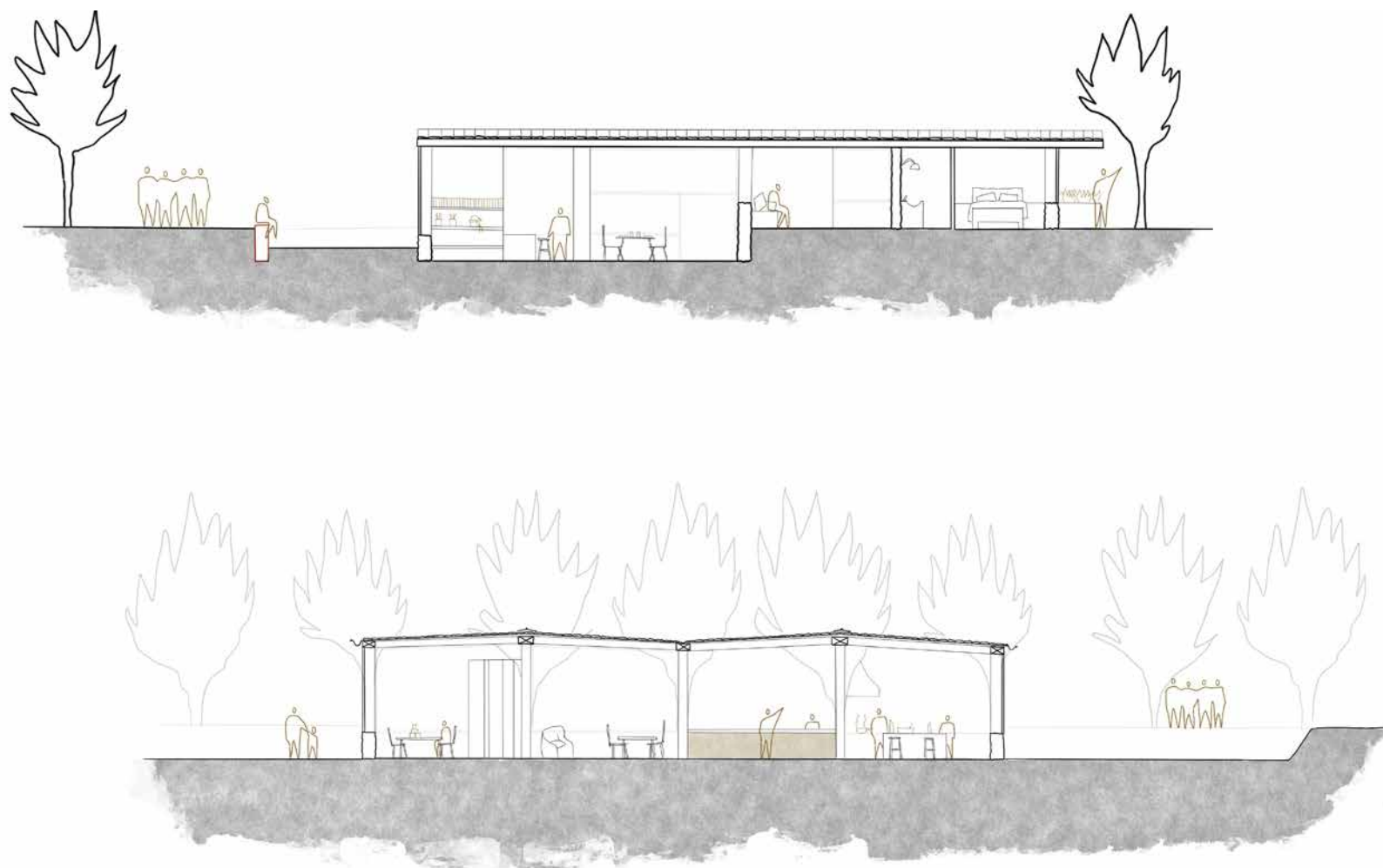


Fig.22. Coupes transversale et longitudinale de l'habitat collectif - échelle 1:150³

³Source :
Coupes réalisées
par
J. Demeulenaere.

04 | Une réflexion architecturale multiscalaire

| 04.5.2

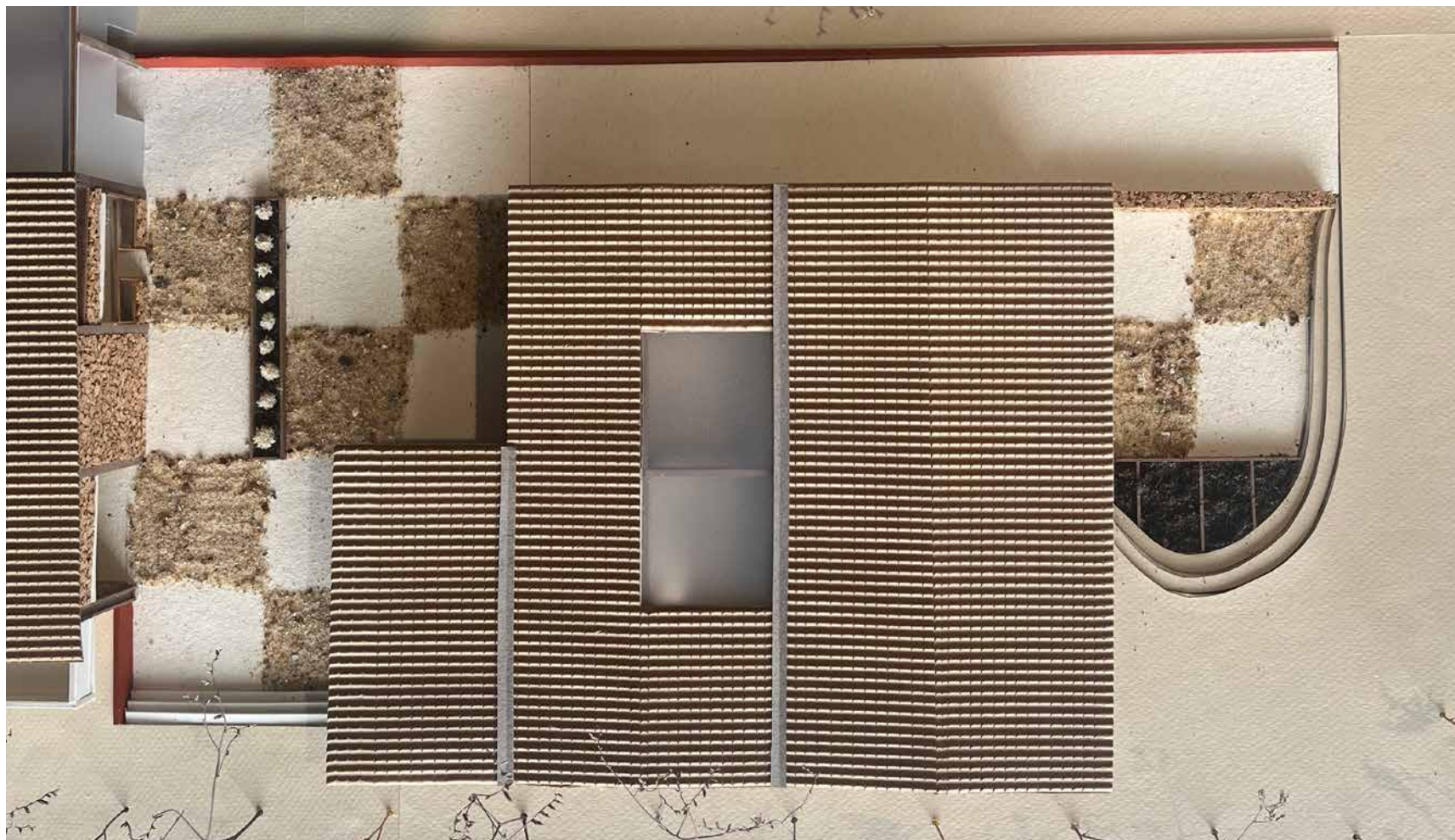


Fig.23. Photographie de maquette - échelle 1:100



Fig.24. Photographie de maquette - échelle 1:100

04 | Une réflexion architecturale multiscalaire

| 04.5.3

L'HABITAT MÉDICALISÉ



¹Source :
Plans réalisés par
J. Demeulenaere.

Fig.25. Plans programmatiques de l'habitat médicalisé - échelle 1:500¹

L'habitat médicalisé s'étend sur deux niveaux, avec au rez-de-chaussée les **espaces de soin** et de rencontre entre tous les résidents du projet et à l'étage, les **espaces de vie**. Il est relié à une serre partagée, favorisant ainsi les échanges entre les individus.

Les **espaces partagés**, semi-enterrés, comprennent deux salles de soins : une pour les consultations de **médecine générale** et une pour les séances de **kinésithérapie**. Entre ces deux salles, se trouve un espace de repos réservé au personnel soignant pour leurs pauses. Deux patios sont disposés de chaque côté des salles pour **offrir de l'intimité** lors des consultations et limiter les vues, tout en permettant un apport de lumière naturelle.

Au centre des espaces partagés, se trouve un **patio** qui apporte de la végétation et de la lumière tout au long de la journée. Un escalier adjacent à ce patio mène aux espaces de vie de l'habitat.

Les **espaces de vie** sont entièrement **ouverts**, sans paroi obstruant la vue, ce qui permet aux résidents de se repérer aisément. On y trouve une **cuisine partagée**, des **espaces de détente et d'activités**, ainsi qu'un **espace de restauration** se prolongeant en mezzanine de la serre. Ainsi, les résidents bénéficient de l'atmosphère particulière de la serre tout en étant dans leur espace de vie.

Quatre chambres, d'une superficie de **20 m²**, sont accessibles en contournant le patio. Chacune dispose d'une salle de bain et d'un espace extérieur privé. Tous les espaces sont accessibles aux PMR, desservis par un ascenseur.

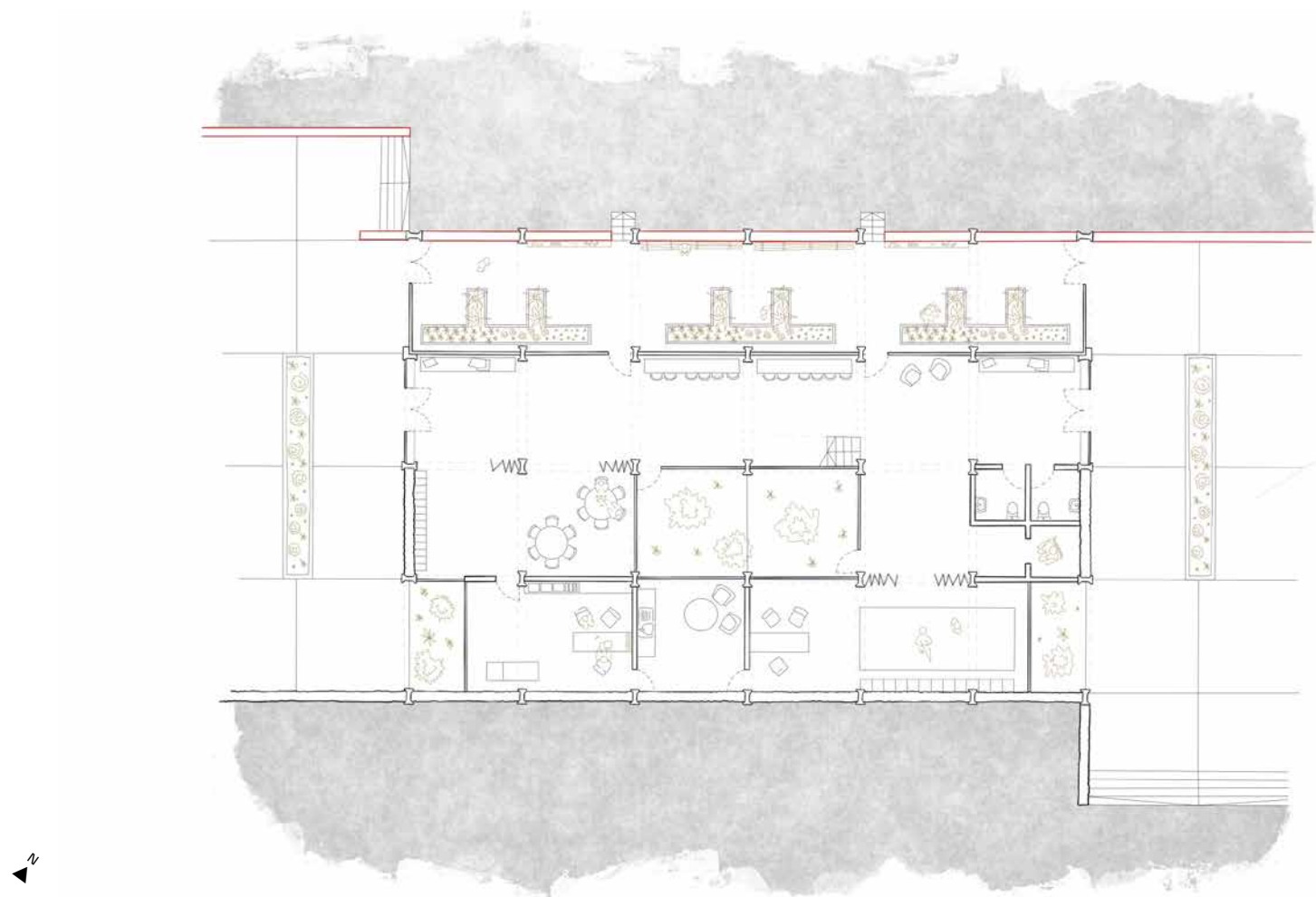
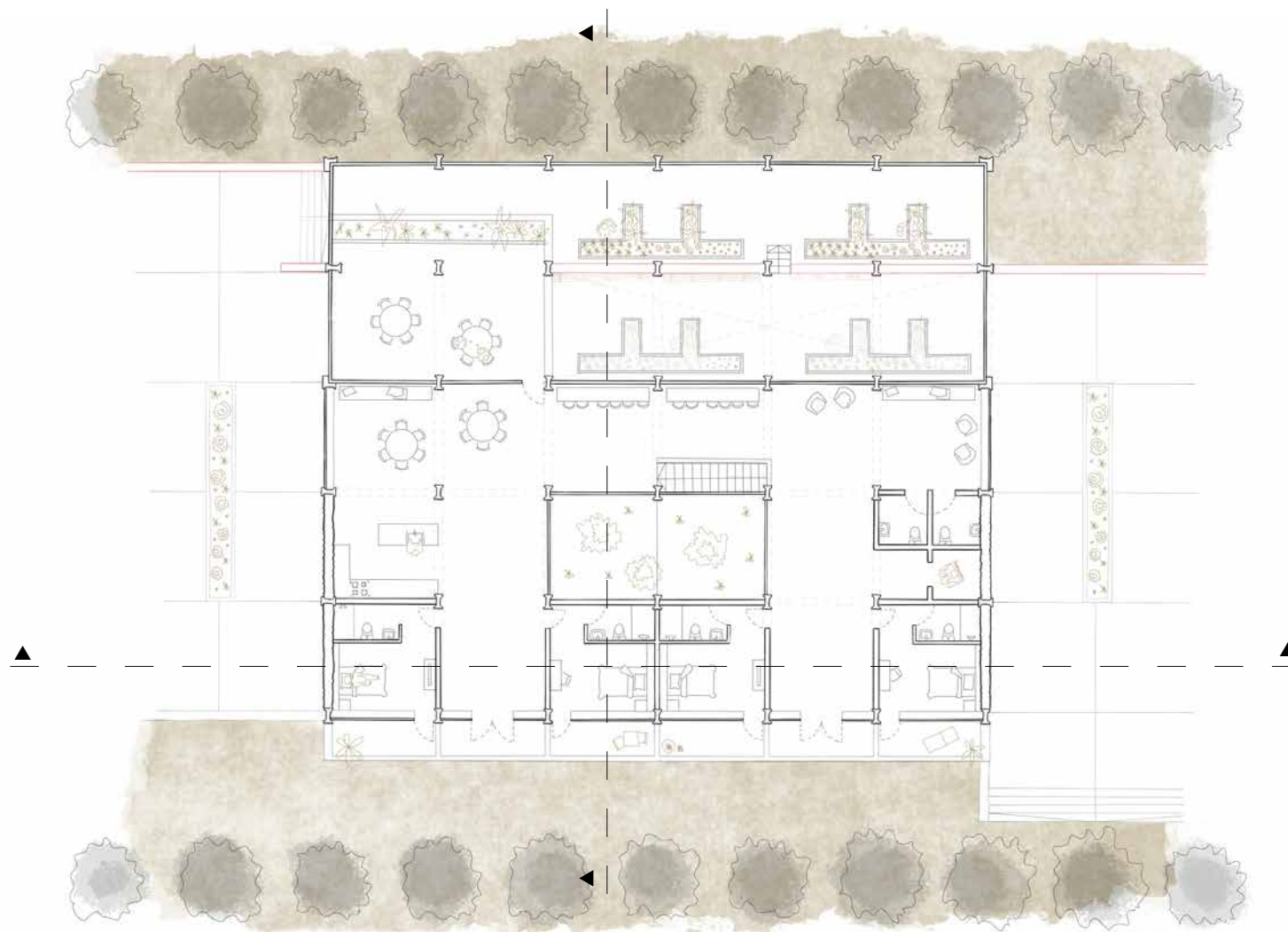


Fig.26. Plan du rez-de-chaussée de l'habitat médicalisé - échelle 1:200¹

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.3



²Source :
Plan réalisé par
J. Demeulenaere.

Fig.27. Plan de l'étage de l'habitat médicalisé - échelle 1:200²



Fig.28. Coupes transversale et longitudinale de l'habitat médicalisé - échelle 1:150³

³Source :
Coupes réalisées
par
J. Demeulenaere.

04 | Une réflexion architecturale multiscale

| 04.5.3

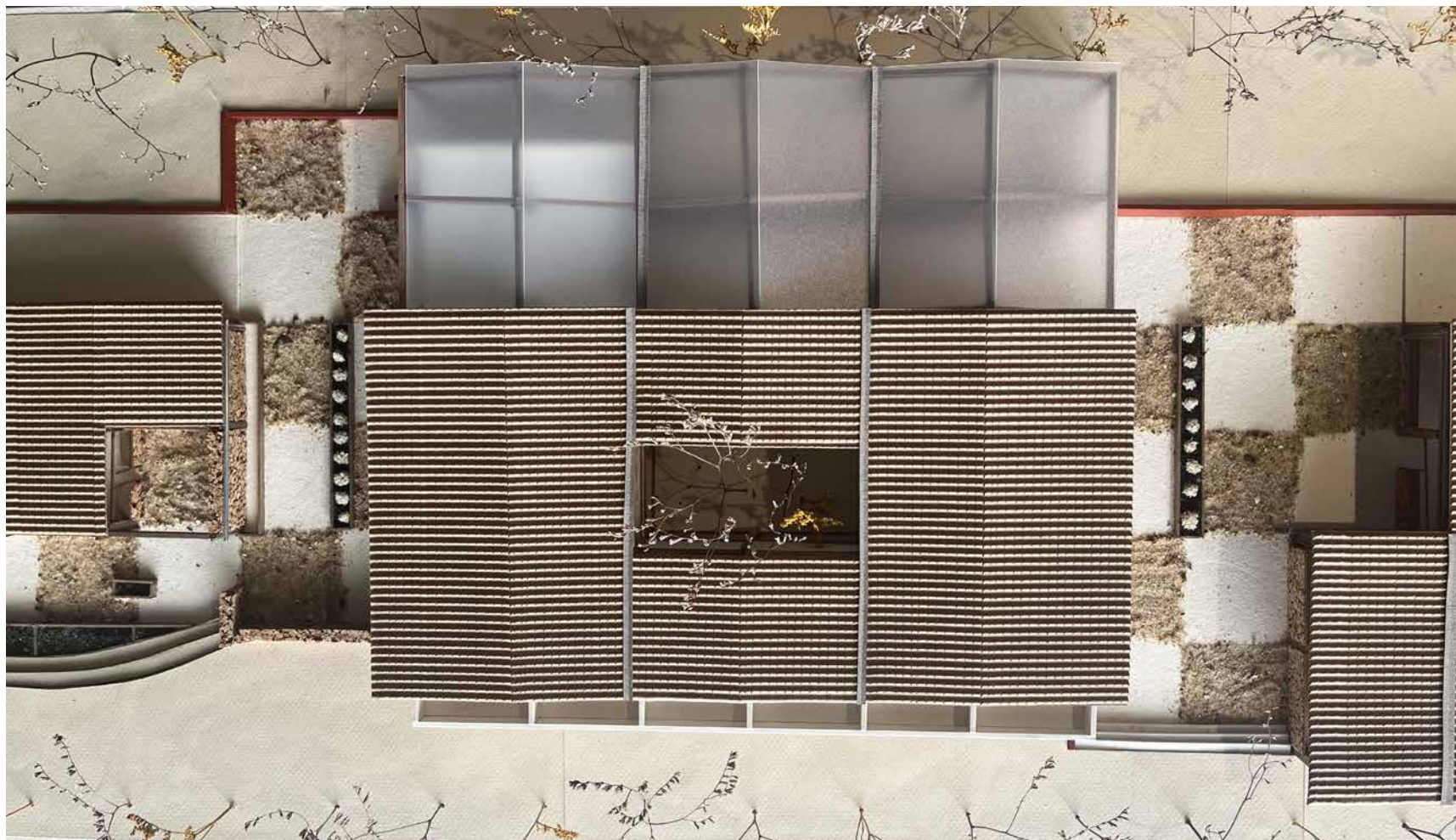


Fig.29. Photographie de maquette - échelle 1:100



Fig.30. Photographie de maquette - échelle 1:100

CONCLUSION

L'objectif de ce travail est de mettre en relation **l'architecture et le monde médical**, en particulier la question des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Mon histoire personnelle m'a permis de constater que les conditions d'accueil des patients ne sont pas optimales. Et, pour clôturer mon cursus scolaire, j'ai souhaité me pencher sur cette question qui me tient à cœur :

Comment concevoir pour favoriser le bien-être des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Pour répondre à cette question, la première partie du travail a consisté à **expliquer la maladie et ses symptômes** afin de déterminer les points d'accroche pouvant être résolus par l'espace. À travers l'étude de six structures reprises dans la deuxième partie, comprenant deux unités dédiées en EHPAD, deux centres d'accueil de jour Alzheimer et deux projets innovants (colocation et village), des **dispositifs intéressants** ont pu être identifiés et intégrés au projet architectural, tandis que d'autres ont pu être évités.

La troisième partie du travail repose sur **l'analyse du site** dans lequel le projet est imaginé, en s'inspirant de la méthode AFOM (Atouts/Faiblesses/Opportunités/Menaces). Cette méthode permet de mettre en évidence les éléments importants à intégrer au projet, ainsi que ceux à améliorer.

Enfin, **un projet d'architecture** est proposé aux fins d'expérimenter **différents types d'habitat** dans un espace arboré. Ce projet résulte de la prise en compte des besoins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer nourrie des forces du site, contribuant ainsi à favoriser la sensation de bien-être.

Ce travail incite à la réflexion et pourrait s'étendre en intégrant le parcours au sein même de la ville. En proposant de nouvelles structures d'accueil attenantes au parcours avec un circuit sensoriel et sécurisé, l'inclusion des personnes atteintes de la maladie pourrait être optimale, éliminant ainsi la sensation d'isolement.

À travers ce travail, j'ai pu constater l'importance, pour un architecte, de se rapprocher des populations pour lesquelles le projet est conçu. Cette rencontre permet de se mettre à la place de l'individu et de réellement comprendre ses besoins et ses attentes.

Je suis convaincue que **l'architecte a un rôle crucial à jouer** dans **l'amélioration des conditions de vie des individus**, plus encore dans le domaine médical. La prise en compte des besoins et des modes de vie des patients est primordiale dans l'élaboration de projets qui leur sont destinés.

LISTE DES FIGURES

01 | La maladie d'Alzheimer

- p. 9 **Fig. 1. Impact de la maladie sur le cerveau**
Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après une image publiée sur <https://blog.doctoranytime.be/alzheimer-tout-savoir-sur-cette-maladie>
- Fig. 2. Deux types de lésions**
Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après une image publiée sur <https://www.frm.org/fr/maladies/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-que-se-passe-t-il-dans-le-cerveau>
- p. 10 **Fig. 3. Population touchée par la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD) en fonction de l'âge et du genre en France en 2014**
Graphique réalisé par J. Demeulenaere d'après les données du Sniiram
- Fig. 4. Alzheimer en quelques chiffres**
Illustrations réalisées par J. Demeulenaere d'après plusieurs informations compilées d'après les différentes Fondations Alzheimer (voir à la page dite)
- p. 11 **Fig. 5. Pictogrammes représentant les 10 principaux signes et symptômes de la maladie d'Alzheimer d'après la ligue Alzheimer**
Illustrations réalisées par J. Demeulenaere d'après les publications de l'ASBL de la ligue Alzheimer
- p. 12 **Fig. 6. Chronologie des différents stades de la maladie d'Alzheimer selon la GDS**
Frise réalisée par J. Demeulenaere d'après la GDS
- p. 15 **Fig. 7. Simulation visuelle des troubles d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer par Thomas M. Laudate**
Photographie prises par Thomas M. Laudate
- p. 16 **Fig. 8. Interprétation visuelle en plan de l'expérience d'un individu dans son environnement lors de l'exposition « Losing Myself »**
Dessins réalisés par les visiteurs de l'exposition dite

02 | L'architecture des espaces d'accueil

- p. 19 **Fig. 1. Photographie de l'« Ishikura café » à Utsunomiya au Japon**
Photographie publiée sur le site web de la Japan Dementia International
- p. 21 **Fig. 2. Avantages proposés par les unités protégées Alzheimer en EHPAD**
Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après une publication par Cap Retraite
- p. 23 **Fig. 3. Photographies de l'EHPAD Henry-Delerue à Houplines**
Photographies réalisées par J. Demeulenaere le 24/04/24
- p. 24 **Fig. 4. Plan de situation contextualisé**
Fig. 5. Plan de l'Unité Alzheimer de l'EHPAD Henry-Delerue d'Houplines - échelle 1:500
Documents réalisés par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes
- p. 25 **Fig. 6. Photographies de l'EHPAD Henry-Delerue à Houplines**
Photographies réalisées par J. Demeulenaere le 24/11/23
- p. 26 **Fig. 7. Esquisse du plan de la chambre d'une résidente de l'Unité Safran**
Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après une visite de l'unité le 24/11/23
- p. 27 **Fig. 8. Esquisse du plan des espaces communs de l'Unité Safran**
Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après une visite de l'unité le 24/11/23
- p. 28 **Fig. 9. Photographie depuis le patio de l'Unité Safran**
Fig. 10. Photographie vers l'espace de détente de l'Unité Safran
Photographies réalisées par J. Demeulenaere le 24/11/23
- p. 29 **Fig. 11. Photographies de l'EHPAD Nicole Limoge à Ciel**
Photographies réalisées par Jérôme Beg

p.30	Fig. 12. Plan de situation contextualisé Fig. 13. Plan des Unités Alzheimer de l'EHPAD Nicole Limoge de Ciel - échelle 1:500 Documents réalisés par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes	p.41	Fig. 23. Axonométrie de l'organisation spatiale du CAJA de Reus par GCA Architects Document réalisé par GCA Architects
p.31	Fig. 14. Plan d'une des unités Alzheimer - échelle 1:300 Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des plans	p.42	Fig. 24. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus Photographie réalisée par Salva López
p.32	Fig. 15. Photographie du jardin partagé entre les deux unités Alzheimer de l'EHPAD Nicole Limoge de Ciel Photographies réalisées par Jérôme Beg	p.43	Fig. 25. Photographies du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto Photographies réalisées par Alessandra Chemollo
p.33	Fig. 16. Esquisse du plan de la chambre d'un résident de l'Unité Alzheimer Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après des plans du bâtiment	p.44	Fig. 26. Plan de situation contextualisé Fig. 27. Plan du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto - échelle 1:500 Documents réalisés par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes
p.34	Fig. 17. Esquisse du plan des espaces communs de l'Unité Alzheimer Illustration réalisée par J. Demeulenaere d'après des plans du bâtiment	p.45	Fig. 28. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto Photographie réalisée par Alessandra Chemollo
p.36	Fig. 18. Axonométries schématiques de principes spatiaux à privilégier Illustrations réalisées par J. Demeulenaere d'après l'étude des deux établissements	p.46	Fig. 29. Photographie du centre d'accueil de jour Alzheimer à Castelfranco Veneto Photographie réalisée par Alessandra Chemollo
p.37	Fig. 19. Grille AGGIR mesurant le degré de dépendance des personnes âgées de plus de 60 ans Grille réalisée par J. Demeulenaere d'après les éléments publiés par le service public (www.servicepublic.fr)	p.48	Fig. 30. Axonométries schématiques des principes spatiaux à privilégier Illustrations réalisées par J. Demeulenaere d'après l'étude des deux établissements
p.39	Fig. 20. Photographies du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus Photographies réalisées par Salva López	p.51	Fig. 31. Photographie de la facade de la Maison des sages à Buc Fig. 32. Photographies des espaces intérieurs la Maison des sages à Buc Photographies publiées sur le site internet de La Maison des Sages
p.40	Fig. 21. Plan de situation contextualisé Fig. 22. Plan du centre d'accueil de jour Alzheimer à Reus - échelle 1:500 Documents réalisés par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes	p.52	Fig. 33. Plan de situation contextualisé Fig. 34. Organigramme des espaces Documents réalisés par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes

| 05.2

- p.53 **Fig. 35. Shéma d'une journée-type d'un résident de la Maison des Sages**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après les informations publiées sur le site web de La Maison des Sages
- p.54 **Fig. 36. Photographie d'un moment de collectivité à la Maison des Sages**
Photographie publiée sur le site internet de La Maison des Sages
- p.55 **Fig. 37. Photographies du Village Alzheimer à Dax**
Photographies réalisées par le groupe 11h45 (photographes d'architecture)
- p.56 **Fig. 38. Plan de situation contextualisé**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes
Fig. 39. Schéma de l'implantation paysagère du Village Alzheimer
Document réalisé par NORD Architects
- p.57 **Fig. 40. Photographie du parc du Village Alzheimer**
Photographie réalisée par le groupe 11h45 (photographes d'architecture)
- p.58 **Fig. 41. Plan d'un « quartier » du Village Alzheimer**
Document retravaillé par J. Demeulenaere d'après des plans de NORD Architects
- p.59 **Fig. 42. Axonométrie schématique de l'auditorium**
Fig. 43. Axonométrie schématique de la ferme
Fig. 44. Axonométrie schématique du bar-restaurant
Fig. 45. Axonométrie schématique de l'épicerie
Documents réalisés par NORD Architects
- p.60 **Fig. 46. Axonométrie schématique des jardins aménagés**
Fig. 47. Axonométrie schématique d'une chambre de résident
Fig. 48. Axonométrie schématique des potagers collectifs
Fig. 49. Axonométrie schématique des repères visuels pour l'orientation
Documents réalisés par NORD Architects

- p.62 **Fig. 50. Axonométries schématiques des principes spatiaux à privilégier**
Illustrations réalisées par J. Demeulenaere d'après l'étude des deux établissements

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

- p.67 **Fig. 1. Plan de situation de la ville d'Armentières**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des vues aériennes
- p.68 **Fig. 2. Ancienne carte postale de la ville d'Armentières**
Fig. 3. Photographie prise au même endroit de la ville d'Armentières
Photographies d'archives publiées sur le site web www.geneanet.org
- p.69 **Fig. 4. Vue générale de la Maison de Santé**
Fig. 5. La cuisine de la Maison de Santé
Photographies d'archives présentées dans le recueil « *L'EPSM Lille Métropole à travers le temps* » par Alain Fernagut
- p.70 **Fig. 6. Plan d'implatation après la reconstruction de 1930**
Fig. 7. Ruines après bombardements
Fig. 8. Ruines après bombardements
Photographies d'archives présentées dans le recueil « *L'EPSM Lille Métropole à travers le temps* » par Alain Fernagut
- p.71 **Fig. 9. Facade du pavillon d'administration après la reconstruction de 1951**
Fig. 10. Allée centrale après la reconstruction de 1951
Photographies d'archives présentées dans le recueil « *L'EPSM Lille Métropole à travers le temps* » par Alain Fernagut
- p.72 **Fig. 11. Photographie de l'allée centrale**
Photographie réalisée par J. Demeulenaere

- p.73 **Fig. 12. Plan de l'EPSM d'Armentières avec organisation des différentes structures - échelle 1:5000**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes
- p.74 **Fig. 13. Photographie de maquette de site - échelle 1:1000**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.75 **Fig. 14. Photographies de la drève centrale de l'EPSM**
Photographies réalisées par J. Demeulenaere
- p.76 **Fig. 15. Plan des jardins centraux du site - échelle 1:2000**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes
- p.78 **Fig. 16. Photographie des espaces plantés de l'EPSM**
Fig. 17. Schématisation de la trame
Photographie et document réalisés par J. Demeulenaere
- p.79 **Fig. 18. Photographie des poteaux caractéristiques de l'EPSM**
Photographie réalisée par J. Demeulenaere
- p.80 **Fig. 19. Collage des différentes sections du mur d'enceinte**
Collage réalisé par J. Demeulenaere
- p.81 **Fig. 20. Photographie des jardins sensoriels**
Photographie réalisée par J. Demeulenaere
- p.82 **Fig. 21. Photographies des jardins sensoriels et de la serre**
Photographie réalisée par J. Demeulenaere
- p.83 **Fig. 22. Photographies du mur d'enceinte à différents endroits**
Photographies réalisées par J. Demeulenaere
- p.84 **Fig. 23. Plan des différentes interventions proposées par le projet**
Document réalisé par J. Demeulenaere d'après des plans et des vues aériennes

04 | Une réflexion architecturale multiscalaire

- p.85 **Fig. 1. Photographie de maquette - échelle 1:500 - La serre surplombant les jardins**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
Fig. 2. Dessin d'atmosphère de l'espace de serre - restaurant / ateliers partagés
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.86 **Fig. 3. Dessins des différents rapports au contexte pendant le parcours**
Fig. 4. Schéma de la trajectoire du parcours dans le projet - échelle 1:5000
Documents réalisés par J. Demeulenaere
- p.87 **Fig. 5. Schéma des différentes étapes dans la construction d'un mur porteur en pisé/bois**
Dessins réalisés par J. Demeulenaere d'après XXX
- p.88 **Fig. 6. Dessin des différents types de baies**
Fig. 7. Détails techniques - mur de soutènement et raccord charpente
Documents réalisés par J. Demeulenaere
- p.89-90 **Fig. 8. Plan d'implantation du projet entier - échelle 1:2000**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.91 **Fig. 9. Dessins des différents dispositifs spatiaux adaptés aux personnes âgées**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.92 **Fig. 10. Photographie de maquette - organisation spatiale**
Fig. 11. Dessins des différentes fonctions du mur sensoriel
Documents réalisés par J. Demeulenaere

| 05.2

- p.93 **Fig.12. Emplacement des dispositifs d'accueil pour les familles et les proches - échelle 1:2000**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.95 **Fig.13. Plan programmatique de l'habitat autonome - échelle 1:500**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.96 **Fig.14. Plan de l'habitat autonome - échelle 1:200**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.97 **Fig.15. Coupes longitudinales de l'habitat autonome - échelle 1:200**
Documents réalisés par J. Demeulenaere
- p.98 **Fig.16. Coupe transversale de l'habitat autonome - échelle 1:150**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.99 **Fig.17. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.100 **Fig.18. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.101 **Fig.19. Plan programmatique de l'habitat collectif - échelle 1:500**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.102 **Fig.20. Plan du rez-de-chaussée de l'habitat collectif - échelle 1:200**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.103 **Fig.21. Plan de l'étage de l'habitat collectif - échelle 1:200**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.104 **Fig.22. Coupes transversale et longitudinale de l'habitat collectif - échelle 1:150**
Documents réalisés par J. Demeulenaere

- p.105 **Fig.23. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.106 **Fig.24. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.107 **Fig.25. Plans programmatiques de l'habitat médicalisé - échelle 1:500**
Documents réalisés par J. Demeulenaere
- p.108 **Fig.26. Plan du rez-de-chaussée de l'habitat médicalisé - échelle 1:200**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.109 **Fig.27. Plan de l'étage de l'habitat médicalisé - échelle 1:200**
Document réalisé par J. Demeulenaere
- p.110 **Fig.28. Coupes transversale et longitudinale de l'habitat médicalisé - échelle 1:150**
Documents réalisés par J. Demeulenaere
- p.111 **Fig.29. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere
- p.112 **Fig.30. Photographie de maquette - échelle 1:100**
Maquette réalisée par J. Demeulenaere

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE

05.3 |

01 | La maladie d'Alzheimer

Consultés entre le 10.10.23 et le 30.05.24

www.alzheimer-recherche.org
www.vaincrealzheimer.org
www.frm.org
www.santepubliquefrance.fr
<https://alzheimer.be/>
<https://www.francealzheimer.org/>
www.losingmyself.ie
<https://www.insee.fr>

Brouillet, Denis, et Arielle Syssau. *La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement*. Presses Universitaires de France, 2005.
Labarchède, Manon. *Les espaces de la maladie d'Alzheimer*. Ngatcha-Ribert, Laëtitia. *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*. Dunod, 2012.
Pitaud, Philippe. *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants*. Érès, 2007.

02 | L'architecture des espaces d'accueil

Consultés entre le 10.10.23 et le 30.05.24

<https://www.alzint.org/>
<https://dementia-platform.jp>
<https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/>
<https://www.unmondeapart.org/>
<https://www.cnsa.fr/>
www.lamaisondessages.fr/

Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2023
Charras, Kévin, et Fany Cérèse. « Des espaces à vivre à l'aune du vieillissement », *Gérontologie et société*, vol. 45/171, no. 2, 2023, pp. 9-16.
Charras, Kévin, et Fany Cérèse. « Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution », *Gérontologie et société*, vol. 39/152, no. 1, 2017, pp. 169-183.

Charras, Kévin. *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés - Accompagner autrement avec les interventions psychosociales et environnementales*. In Press, 2020.

Nedelec, Perrine, Dominique Somme, et Kévin Charras. « L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents », *Gérontologie et société*, vol. 45/171, no. 2, 2023, pp. 105-124.

Podcast :

Antoine Gérard. *SocioGérontologie : le podcast pour comprendre les vieux*.

03 | L'identité d'un contexte marqué par les pathologies

Consultés entre le 10.10.23 et le 30.05.24

<https://www.ville-armentieres.fr/>

Alain Fernagut. *L'EPSM Lille Métropole à travers le temps*

04 | Une réflexion architecturale multiscalaire

Consultés entre le 10.10.23 et le 30.05.24

<https://www.asterre.org/la-terre-crue/matiere-et-architecture/comment-construire-en-terre/le-pise>
<https://amaco.org/>
<https://www.tera-terre.org/>

Anna Heringer, Lindsay Blair Howe, Martin Rauch. *Upscaling earth - Material, process, catalyst*. gta Verlag, 2022.

CRAterre. *Construire en pisé - prescriptions de dimensionnement et de mise en œuvre*.

Le Moniteur, 2021.

CRAterre. *Traité de construction en terre*. Parenthèses, 2020.

24.11.23 - Retranscription entretien

Emilie - neuropsychologue à l'EHPAD Henry-Delerue

- **Quelle est votre journée-type ?**
- Tout dépend si je fais du matin ou de l'après-midi en fait. Il y a trois postes : matin, après-midi et un poste de renfort qui fait 3h50 mais il n'y a pas de renfort à Safran. Donc là-bas c'est que matin ou après-midi.
- **En général, on compte combien d'infirmiers ou d'aide-soignants par patient ?**
- Alors là, il y a 18 résidents et ils sont à 2 soignants. Et en principe, en janvier il y en aura 3.
- **Et vous trouvez cela suffisant ?**
- On ne trouve jamais que c'est assez parce que nous, on voit le bien du résident et on aimerait bien que chaque personne soit vraiment prise en charge correctement. Après, je ne dis pas que, mais c'est vrai que ça fait une charge quand même énorme pour les soignants. Mais après voilà, on n'a pas le choix, c'est comme ça, ce n'est pas nous qui décidons.
- **Je ne sais pas si vous saviez, mais il y a un village qui a ouvert récemment à Dax, près de Biarritz, qui compte 200 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Et chaque infirmier s'occupe de 4 patients. Vous pensez quoi de ce ratio ?**
- Oui je pense qu'il faudrait ça ici aussi. Ça doit être un sacré truc. Ici les ratios ne sont pas définis, il n'y a pas de texte qui nous dit qu'il faut autant d'agent par résident, c'est vraiment utopique. Faut pas rêver !
- **Quelles activités sont proposées pour stimuler sensoriellement les patients ?**
- Alors dans le secteur Alzheimer, on va chercher à stimuler les fonctions plutôt que les sens. Sachant qu'il y a certaines fonctions qui restent préservées pendant longtemps et l'idée, c'est de passer par des automatismes en fait. De leur faire faire des gestes qu'ils ont l'habitude de faire, du style les activités de

la vie quotidienne, la vaisselle, le ménage, l'épluchage de légumes, la cuisine, le repassage, tout ce qu'on aime. Le bricolage pour les hommes. Donc, comme ça on ne les mets pas en échec et c'est des gestes qu'ils n'ont pas besoin de réfléchir pour les réaliser. Après, on a tout ce qui est musicothérapie, là ça va stimuler tout ce qui est langage parce que ça passe par l'hémisphère mineur qui est mieux préservé que l'hémisphère majeur qui va être touché régulièrement dans le langage et du coup, les résidents autant en conversation, ils vont avoir un manque du mot donc ils vont pas terminer leurs phrases. Les phrases vont être un peu décousues et tout ça, alors que quand on passe par la musique, il y a un rythme et là, ça revient automatiquement, encore plus quand c'est des musiques qu'ils connaissent super bien, c'est pour ça qu'on parle beaucoup des comptines, on entend toujours la java bleue dans les EHPAD voilà... Donc, en fait dans notre unité de vie on a différents types de profils aussi, y'a pas que la maladie d'Alzheimer. C'est surtout des résidents qui ont des troubles du comportement. Alors est-ce qu'on peut stimuler ou pas ? Ça c'est compliqué. Mais y'a aussi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le secteur EHPAD, du coup eux ils peuvent participer aux animations. Normalement, la bonne stimulation c'est en fonction du profil, voir ce qui est préservé, ce qui est déficitaire et adapter la prise en soin et l'accompagnement en fonction de ce qui est préservé. Là, on est en formation Montessori, on est en train de passer plusieurs groupes où on est vraiment sur des activités vie quotidienne avec des activités qui ont un sens pour eux. Donc pas du coloriage, même si on appelle ça aussi de la thérapie. Et pour beaucoup, ils vont regarder le dessin et ils vont dire « Moi, j'suis pas un enfant je vais pas colorier », ça marche pas à tous les coups en fait. Y'en a qui se posent, ça leur permet de se poser, et d'autres ça leur parle pas. Donc là, le Montessori c'est l'écriture, on demande « voulez-vous » et pas « pouvez-vous » parce que « pouvez-vous » c'est la capacité. L'écriture, ça

permet d'avoir toujours le visuel sur la consigne, l'activité ça peut être pliage, dévisser des boulons, faire le tri dans des boutons, tout ce qui a un sens en fait et pas des activités qui leur paraissent étranges. Dans ce sens là, oui on va stimuler les sens mais c'est pareil des fois on dit les odeurs, le goût sauf que non, y'en a qui ont plus cette capacité-là. Ils n'ont plus de goût et ils ne sentent plus rien donc on peut pas passer par ce biais-là. Le tactile, on va multiplier les sens, on va leur faire écouter, on va montrer on va les faire toucher. On multiplie les traces pour que ça arrive en mémoire et qu'ils se rappellent.

- ***J'ai une référence qui me parle beaucoup, c'est une école pour enfants sourds et muet qui a été imaginée par un architecte. Et l'idée c'est un bâtiment courbe avec un mur sensoriel tactile, en braille et ça permet aux résidents de se repérer dans l'espace. Vous en pensez-quoi ?***
- Oui c'est le même principe que Montessori en fait, c'est le service idéal. Ce serait de leur mettre des activités qu'ils peuvent toucher, alors ça peut être un anneau qu'on passe dans un tube, ça peut être au niveau tactile, quelque chose de doux ou de rêche. Et mettre entre deux des bancs où ils peuvent s'asseoir et être occupés et ça évite la déambulation. Ils vont voir des activités à faire entre deux qui vont les interpeller. Les rampes aussi. Mais bon c'est vrai qu'on met en place, on essaye, parce que c'est des profils différents, pas forcément des pathologies de type Alzheimer. On a d'autres types de démences. Donc là les troubles c'est pas la même chose. Donc on doit être vigilant parce qu'une personne qui a la maladie à corps de Lewy, si elle nous entend parler, elle va le retenir. Et elle va pouvoir le ressortir derrière si elle a un élément déclencheur. Je sais pas si tu connais le MMS, c'est une échelle d'évaluation connue des médecins, des neurologues. Ça permet de faire un examen de base de la personne, donc y'a l'orientation spatio-temporelle en premier, de l'encodage, donc on leur donne les mots, de la mémoire de travail, pour retenir une information tout en la

manipulant c'est pour ça que le calcul est à l'envers. Parce qu'un calcul à l'endroit ça peut être automatique alors qu'à l'envers ils doivent retenir l'information pour pouvoir la manipuler. La rétention d'information, le rappel de l'information donc là, par exemple, une personne qui est atteinte de démence aura des problèmes à ce niveau-là mais pour faire la distinction avec certains types de démence moi je rajoute une information. Quelqu'un qui a un profil Alzheimer va pas réussir à retenir l'information même si je l'aide. Après du langage, parce qu'il peut y avoir du manque du mot et tout ça et puis la visio-construction. Il y a une phrase à lire et aussi à appliquer, parce que la lecture est un automatisme, ça reste super longtemps. Même s'ils ne comprennent pas, ils vont savoir lire. Voilà, c'est un test international.

- ***Et qu'est ce que vous penseriez de l'inclusion des personnes malades dans la ville par exemple ?***
- Ils font ça dans les pays du nord, mais ils ont le budget qui va avec. Je me pose la question de « comment ils font pour les critères d'inclusion et tout ça ? ». Parce que oui, au début, c'est vrai que les profils sont assez identiques et on peut bien travailler mais avec l'évolution des pathologies nous on voit ici, y'a des personnes qui vont rentrer en secteur EHPAD parce que tout va bien et d'un seul coup il peut y avoir des troubles du comportement où ils vont chercher à sortir, surtout là en hiver. Il y a le syndrome du coucher du soleil où à 16h il commence à faire noir et ils veulent rentrer chez eux. Donc c'est des comportements qui étaient pas là avant. Alors au bout d'un moment comment ils font ? Ils ne font plus partie du centre ? Il y en a qui peuvent devenir agressifs. Les accompagnants doivent être là jusqu'au bout, c'est bien ça. Après les subventions à un moment, ça a permis de mettre en avant plein de choses mais je pense que sur du long terme, le financement ça ira pas. Ils ont déjà du mal à financer les établissements actuels avec les subventions actuelles alors...

| 05.4

- **Pensez-vous que c'est possible de faire cohabiter une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer avec une personne saine ?**
- Ça dépend le stade, l'évolution est tellement aléatoire. C'est du cas par cas, après on voit quand on a des couples. On a beau mettre en place toutes les aides à domicile il y en a forcément un qui va partir avant l'autre. Y'a un moment ça va bloquer. Imaginons la personne va très bien, elle vit seule, elle se débrouille, en pleine nuit elle va sonner chez le voisin et ça va peut être poser des problèmes. Il faut penser à tout dans la mise en place. Les résidences autonomie aujourd'hui sont faites sur ce principe-là, des personnes autonomes et dépendantes. Sauf qu'au bout d'un moment on leur dit « vous êtes plus compatibles ».
- **Ce que je trouve problématique dans les résidences Alzheimer, c'est qu'ils sont isolés les uns avec les autres et ils n'ont plus de liens avec la « normalité » et leur vie d'avant et ils se laissent aller. C'est quoi votre avis sur ça ?**
- En EHPAD c'est pareil. Combien de personnes sont là par risques de chutes et qui sont sensées et qui me disent « mais je m'identifie pas aux autres », parce qu'entre ceux qui ont une dépendance sévère et qui dorment toute la journée... C'est brutal pour eux. Après, l'intergénération ça fonctionne très bien, même avec des animaux. Après faut l'encadrement, on peut mixer tout ce qui existe mais il faut que quelqu'un reste tout le temps sur place. Un peu comme les maîtresses de maison et les familles d'accueil. Et ça peut fonctionner. Mais sans encadrement ça ne peut pas marcher.
- **Est-ce que vous trouvez que les espaces, ici, en tant que tels, sont adéquats pour ce genre de pathologie ?**
- C'est sécurisant. C'est un endroit adapté, après il faut se sentir chez soi.
- **Est-ce que vous pensez que les résidents se sentent chez eux ?**
- Ici, non. Parce que la structure était existante donc on s'est

adapté en fonction de... On a amélioré le service, parce qu'avant y'avait pas cet espace de déambulation, aujourd'hui ils peuvent quand même faire le tour. Le but, c'est de pas avoir un endroit où ils sont bloqués. Maintenant, il faut un grand espace, lumineux... ça c'est clair. Avec des fonctions bien définies sur chaque espace. Et puis, l'accès aux chambres. Mettre des choses qu'ils peuvent manipuler... Après c'est en projet ça ! Ça manque de repères, c'est d'ailleurs ce qui a été relevé lors de la formation. Après y'a quand même la mémoire implicite qui est là.

- **Il y a des projets où la mise en place d'un patio central sert la déambulation. Les résidents peuvent se déplacer en ayant une vue sur tous les espaces. Là vous avez un patio central, est-ce que vous trouvez qu'il est bien utilisé ?**
- L'idéal, c'est les chambres qui sont mises autour et au milieu les espaces communs. Nous c'est mal fait, dans le sens où y'a le parking derrière et les résidents pensent qu'il y a leur voiture alors que non.
- **Si vous deviez définir les qualités spatiales d'un espace idéal pour accueillir les patients atteints d'Alzheimer ? La lumière ? Le contexte ?**
- Ça dépend le type de profil que tu as, une personne qui vient de la campagne, qui avait un jardin ben oui il faut des espaces verts. Luminosité oui, au niveau psy c'est clairement ça, on le voit avec les dépressions saisonnières, le coucher du soleil. Des lumières qui reproduisent la lumière du soleil. Donc un maximum de luminosité mais qu'on peut aussi cacher à certains moments. Parce que l'été à 23h ils sont encore en forme. Donc voilà des espaces bien délimités avec un espace pour la cuisine, un espace pour la salle à manger, un espace pour la salle de bain, pour les salles d'activités. Un accès direct au jardin, faut quand même un espace extérieur malgré tout. Un espace de déambulation sécurisé et pas par une baie vitrée où ils sont là... Avec des activités entre deux, des bancs où ils peuvent se reposer et des endroits aussi où ils peuvent être un peu plus

au calme. La dame que tu as vue cet après-midi (Augustine) par exemple on sent qu'elle a besoin de s'isoler et de trouver sa place dans le service. L'accès à la chambre est nécessaire. La possibilité de personnaliser un maximum, tout ce qui leur rappelle la maison, les souvenirs,... Un marquage aussi sur les chambres, avec des couleurs pour différencier les espaces.

- **Et les chambres collectives ? Vous en pensez quoi ?**
- Non il faut une chambre individuelle, on est plus à l'hospice. Les familles ne veulent pas en plus. Il faut que les soignants aussi puissent avoir un regard partout.
- **Et justement, quels sont les espaces réservés aux soignants ?**
- Y'en a pas. C'est un service où les soignants peuvent pas s'isoler.
- **Et au niveau de l'hygiène, comment ça se passe ? J'ai pu voir qu'il y avait une salle de bain dans les parties communes.**
- Alors il faut savoir que c'est une génération qui n'a pas l'habitude de se laver. C'est compliqué pour la toilette parce que certains sont incapables de se laver seuls et s'étouffent avec l'eau.
- **Et en termes d'activités thérapeutiques comme la balnéothérapie ou la kinésithérapie, comment ça se passe ?**
- Alors y'a certains kinés qui viennent, souvent les patients ne veulent pas sortir. Très peu de familles viennent les chercher pour les emmener. D'ailleurs, il n'y a pas beaucoup de familles qui les font sortir. Les kinés font leurs séances dans le service, et comme y'a pas d'espaces pour ça c'est dans les chambres. La balnéothérapie on n'a pas l'opportunité ici mais ça serait bien. Certains résidents seraient intéressés.
- **Et les interactions avec les enfants ou les animaux ?**
- Ça se fait ici de temps en temps, y'a des enfants qui viennent. Dans l'espace sensoriel justement, avec des lits à eau. Mais maintenant c'est transformé en local de stockage. Et il est en dehors de l'espace Alzheimer.

- **Les patients qui entrent dans l'unité Safran peuvent en sortir ou ils sont placés pour le reste de leur vie ?**
- Non, quand on estime qu'on peut plus rien apporter dans le service, donc souvent les résidents en fauteuil, on les mets dans le secteur EHPAD. C'est moins dur pour les familles justement, parce que quelqu'un qui était en EHPAD et qui vient à Safran, c'est compliqué. Parce que les résidents savent ce que ça veut dire, Safran c'est les fous.
- **J'ai commencé à faire la liste de tous les corps médicaux pouvant intervenir lors du parcours du patient, pourriez-vous me les citer ?**
- Alors par exemple le neurologue il ne se déplace jamais, c'est le patient qui se déplace. Neuropsychologue c'est nécessaire dans le service. Psychomotricien aussi. Après y'a tout ce qui est parallèle, sophrologues, les éducateurs sportifs, ergothérapeutes, orthophonistes, pharmaciens Après les infirmiers et aides-soignants. Après le gériatre se déplace à la demande du médecin traitant.
- **Selon les chiffres, on constate une forte augmentation du taux de personnes touchées par Alzheimer. Vous expliquez ça comment ?**
- Avant on disait quoi ? Elle oublie mais c'est son âge. On diagnostiquait pas. Alors que c'est un trouble. On vit plus longtemps, donc on voit de plus en plus de démence. Donc forcément de plus en plus de diagnostics.
- **Et vous avez des personnes jeunes touchées par la maladie ?**
- En accueil de jour généralement, avant 60 ans parce qu'il n'y a pas de structures adaptées. On sait très bien que si on voit des personnes comme ça, ça va être chaud.
- **Et au niveau de l'espérance de vie ?**

| 05.4

- Quand c'est jeune ça va vite. Une dizaine d'années. Ici le maximum c'est 20-25 ans et encore.

24.11.23 - Retranscription entretien

Mme Augustine - résidente à l'EHPAD Henry-Delerue

- **Ça fait combien de temps que vous êtes ici ?**
- Il n'y a pas longtemps que je suis ici, une petite année on va dire. Je m'en rappelle plus. C'est à peu près ça, on sait plus on fait tellement de choses... On a tout refait un petit peu ici, un autre lit.
- **Vous avez apporté des effets personnels ?**
- Oui voilà, de la déco.
- **Est-ce que c'est quelque chose qui vous permet de vous sentir chez vous ?**
- Oui voilà. Par contre ici ça c'est mon lit, et ça c'est le lit d'une deuxième personne qui est presque jamais là. C'est une grande chambre quand même. Si l'autre patiente elle veut qu'on mette un paravent on peut le faire. Mais jusqu'à maintenant non.
- **Vous êtes dans un secteur qui est quand même très fermé, vous avez quand même des contacts avec l'extérieur ?**
- Moi je suis les gens qui sont ici. Mais après y'a des autres secteurs en dehors d'ici. On a pas de contact, ils ont leur manière à eux de travailler et si il y a quelque chose qui irait pas on en parlerait.
- **Ça vous manque d'avoir des contacts extérieurs ?**
- Ah oui ben ça oui. J'ai ma vie personnelle aussi mais voilà, mes enfants c'est plus des enfants, c'est des hommes et des jeunes filles. Ils sont bien contents que je sois plus là. Parce que je suis toujours en train de râler.
- **Et vous les voyez ?**
- Ah oui, ils sont pas loin. Je dois prévenir quand j'ai envie de faire un petit voyage pour voir ma famille et mes enfants.

- **Vous pensez quoi de l'idée de vous laisser continuer à faire vos courses, de vous permettre de sortir en ville ?**
- Ah c'est bien pour eux. Au début, quand on arrive on ressent l'isolement. Quand on est une ou deux personnes ça va mais sinon il faut le temps de s'habituer, il faut voir avec qui on s'accorde le mieux, avec le caractère et tout ça. Autrement, j'ai pas eu de problèmes quand je suis arrivée. Je parle normalement, pas en chef. Des fois quand y'a quelque chose qui va pas je le dis. Pour couper un peu je pars en vacances chez ma famille, autrement ça va.
- **A quel genre d'activités vous participez ici ?**
- On a pas beaucoup de temps pour ça.
- **Et vous aimeriez ?**
- Alors non. Ça non. Parce que quand je suis fixe sur quelque chose, je fais pas autre chose. Je suis pas sur 36 tableaux.
- **Et au niveau de la chambre ? Comment vous vous sentez ?**
- Ici, on est à deux. Une femme et une deuxième femme, on mélange pas les sexes à moins que ce soit un couple. En premier on met toujours en général les personnes toutes seules pour pas qu'elles comptent sur la voisine. C'est comme ça qu'on fait et ça va bien.
- **C'est vous qui avez choisi cette chambre ?**
- Non. Ici, y'a des personnes qui acceptent pas. Ici je rentre le soir quand je vais me coucher je suis fatiguée. Je vais dormir. Et après je suis d'un côté je suis de l'autre. Si y'a besoin de renfort. Des fois on entend crier. Alors on court et puis c'est tout. Y'en a qui sont capricieux, surtout les anciens. C'est affreux. Mais ici c'est calme.
- **Et au niveau de votre linge ? Comment ça se passe ici ?**
- Et ben, pour nous. Y'a la laverie ici, parce que y'a des

chambres qui sont occupées pour des personnes qui ont besoin de repos. On descend tous ensemble pour manger tous ensemble.

- **Et vous pouvez sortir ? Vous avez un extérieur ?**
- Ah oui, on peut y aller quand on veut. On peut aller dehors quand il fait beau, on prend le fauteuil. Y'a pas les gens de la rue qui viennent par contre. C'est que pour nous.
- **Et je vois que vous êtes bien coiffée, que vous portez du vernis etc. Vous avez du personnel qui s'occupe de ça ?**
- Ah oui, on le dit. On téléphone et ils donnent un rendez-vous. Tel jour telle heure, soit là. Ici ça se gère en un métier. Tout le monde s'entend bien, même la personne qui nous dirige. Elle se tient au même degré que nous.
- **Je vois aussi que vous avez une machine à café, vous aimez passer du temps seule dans votre chambre ?**
- Ouais. Pour boire mon café de l'après-midi surtout, et aussi mon café du matin. Je suis habituée à être seule, avant je travaillais à l'hôpital de Roubaix donc on va un petit peu parler avec l'un, avec l'autre, si ils ont des problèmes.
- **Vous trouvez-ça important d'avoir votre propre espace ?**
- Ah ouais. C'est important, le soir dès que j'ai fini toutes mes vacations à faire après je vais dans ma chambre et je regarde la télé dans ma chambre et après je vais dormir.
- **Et quand vous recevez des visites c'est dans votre chambre aussi ?**
- Oui voilà. Jamais dans l'espace partagé, on veut pas déranger les gens qui sont habitués ici, ils veulent leur intimité et tout.
- **D'après mes recherches, le compromis idéal pour pouvoir se sentir chez soi c'est un mix entre intimité et**

liberté, vous en pensez quoi ?

- Ouais voilà. Moi dans ma chambre je peux faire les deux. Je fais ce que je veux. Si y'arrive quelque chose on crie. Ça va comme y'a pas trop de voisins ils entendent pas. Tout le monde est content comme ça. Y'a des personnes qui sont un peu plus réticentes quand on touche leurs affaires.
- **Pour entrer dans les chambres vous avez chacun votre propre clé ou badge ?**
- Moi de l'intérieur je peux sortir mais pour rentrer je dois demander. Les gens ne savent pas rentrer non plus. Pour ça, on est tranquille.
- **Et concernant les repas, vous mangez à l'heure que vous voulez ?**
- Non, ils font à manger et si on est occupé on continue à faire ce qu'on doit faire et on va manger quand on veut. Après à la cuisine, on est libre de nos faits et gestes. On doit être sérieux quand même.
- **Au niveau de l'espace de votre chambre, comment vous vous y sentez ? Par exemple vous êtes la seule chambre qui bénéficie de deux fenêtres.**
- Ah ouais, je me sens bien. C'est bien d'avoir une vue sur l'extérieur. La taille de la chambre c'est bien aussi comme ça je peux mettre mes affaires comme je veux.
- **Et dans les espaces de circulation, la rampe vous semble t-elle adéquate ?**
- Alors ouais y'a beaucoup de personnes âgées qui se maintiennent pour pas glisser.
- **Et vous avez des visites de médecin ?**
- Ah ben oui le médecin traitant il vient, après y'en a qui préfèrent que ce soit leur propre médecin qui vienne. Sinon y'a un médecin pour tout le monde.
- **Et les consultations médicales se font dans la chambre ou vous avez un espace alloué ?**

| 05.4

- Non, c'est dans les chambres. On va pas aller faire ça dans la cuisine.
- **Avant d'être ici, vous étiez où ?**
- Ah non, je travaillais.
- **Si vous deviez changer quelque chose pour vous sentir encore mieux ?**
- Peut-être un plus grand jardin. On est tous bien intégrés.

04.05.24 - Présentation de photos du site

Mme Augustine - résidente à l'EHPAD Henry-Delerue
Ces éléments représentent-ils un repère pour vous ?



NON



OUI



NON



NON



NON



OUI



OUI



OUI

