



ACTES DU SÉMINAIRE DOCTORAL

/ Laboratoire PAVE 18 décembre 2017

CONCEPTION DE L'HABITAT ET VULNÉRABILITÉS MALADIE D'ALZHEIMER, ESPACES ET PRATIQUES

POURQUOI LES JEUNES EN ERRANCE N'HABITENT NULLE PART?

Emmanuel LANGLOIS

HABITAT ET MALADIE D'ALZHEIMER: ARCHITECTURE ET APPROPRIATION SPATIALE ET TERRITORIALE

Manon LABARCHEDE

CONCEPTION PSYCHO-ENVIRONNEMENTALE DES ESPACES DE VIE

Kevin CHARRAS

PRÉSENTATION DU VILLAGE LANDAIS ALZHEIMER

Francis LACOSTE et Tiphaine CHATTON

CONCEPTION DE L'HABITAT ET VULNÉRABILITÉS

MALADIE D'ALZHEIMER, ESPACES ET PRATIQUES

Ce séminaire doctoral a été organisé, en collaboration avec le Forum urbain et l'Université de Bordeaux, par le Laboratoire PAVE à l'ensap Bordeaux dans le cadre du programme de recherche « Habitat, vieillissement et filières de production: vers des innovations sociales? » financé par le département de la Gironde et la région Nouvelle Aquitaine.

A la croisée de la santé et du vieillissement, la maladie d'Alzheimer a longtemps représenté une forme de démence sénile dont la prise en charge était réalisée en hospice ou en hôpital psychiatrique. Depuis quelques années, le changement du regard porté sur la maladie a permis de faire évoluer les modalités de prises en charge des personnes malades et a ainsi entraîné le développement et la diversification de l'offre de lieux de vie qui pouvait être proposée à cette population.

Le séminaire doctoral « Conception de l'habitat et vulnérabilités : maladie d'Alzheimer, espaces et pratiques » se fixait comme objectif d'interroger les modalités de conception, de gestion et d'organisation des lieux de vie destinés à une population vulnérable et spécifique. Du cadre théorique à la présentation de cas concrets, il s'agit donc de questionner les spécificités de l'offre au croisement entre sociologie, architecture et santé.

Cette publication rend compte des présentations d'Emmanuel Langlois, Manon Labarchède, Kevin Charras, Francis Lacoste et Tiphaine Chatton, où chacun présente, selon son champ d'expertise, le lien établi entre habitat et vulnérabilité.

POURQUOI LES JEUNES EN ERRANCE N'HABITENT NULLE PART?

EMMANUEL LANGLOIS

Emmanuel LANGLOIS est Maître de conférences en Sociologie et chercheur au Centre Émile Durkheim (UMR5116). Ses recherches actuelles portent principalement sur l'articulation entre santé mentale, toxicomanie et vulnérabilité sociale.



Emmanuel Langlois - © J.Clerc

Emmanuel Langlois propose une mise en perspective du lien entre vulnérabilité et habitat au travers du cas des jeunes en errance. Il trace ainsi , dans un premier temps, le portrait de cette population souvent appréhendée comme « une sous-catégorie de la grande famille des sans-abris ». Il aborde, par la suite, une expérimentation bordelaise de dispositif d'hébergement pour les jeunes en errance, Pro Domo, financée par le fond jeune. L'intérêt de cette intervention réside notamment dans l'approche transversale que l'on peut faire avec d'autres populations vulnérables et spécifiques qui doivent réapprendre à habiter. Des personnes pour qui le logement est une finalité mais dont les pratiques sont à l'opposé de ce que demande l'appropriation d'un logement.

« La question des jeunes et de l'errance est une thématique très ancienne. Si on se tourne du côté des historiens, on a toute une littérature sur les vagabonds, les errants et leurs traitements depuis le Moyen-Âge. L'errance a donc toujours été un problème parce que les populations échappent au contrôle des gouvernances territoriales, au contrôle étatique et au contrôle institutionnel ou familial. Il existe une sorte de suspicion envers ce qui bouge, on peut les appeler errants, vagabonds, ou migrants. D'une certaine manière, la suspicion est la même, il y a toujours une volonté de contrôle. Dès 1687, John Locke¹ dans son ouvrage intitulé *Que faire des pauvres* ², question récurrente dans notre société, expliquait en parlant des jeunes errants : « Si un garçon ou une fille de moins de 14 ans est surpris à mendier hors de sa paroisse de résidence, ils seront renvoyés à l'école d'industrie la plus proche pour être vigoureusement fouettés et obligés de travailler jusqu'au soir ». Donc globalement cette question de « Que faire des pauvres ? » et en particulier lorsqu'ils ont la mauvaise idée de sortir de leur paroisse et d'être un peu plus mobiles, ne date pas d'aujourd'hui. On a donc toujours cherché à régler ce problème, en le faisant disparaître ou en le traitant de manière autoritaire. Il est évident que les réponses, lorsqu'on fait un aperçu historique, ont toujours oscillé entre deux pôles : un pôle plutôt répressif – on va les battre, les réprimer, les contrôler - et un pôle plutôt social dans lequel on va tendre la main et protéger ces populations vulnérables. On oscille alors entre enfermement et hospitalité, entre punir et protéger. La situation aujourd'hui est un peu différente, surtout lorsqu'on regarde ces jeunes en errance, qui finalement portent pleins de noms, que l'on a du mal à qualifier, à catégoriser. C'est un gros problème en France, parce qu'on a une logique très institutionnelle dont la première étape est de donner un nom, de mettre des frontières à un problème. Il faut dire et définir un problème et donner un nombre. Et le problème des jeunes en errance est un peu particulier, parce que ces « zonards », ces « punks à chien », sont des catégories extrêmement molles, qu'on a du mal à dénombrer pour de nombreuses raisons, et pas tellement parce qu'ils bougent. Les villes ont des moyens, on sait notamment qu'à Bordeaux, il existe des périodes de pics, lorsqu'il fait beau, avec à peu près 350 jeunes à la rue, donc chaque ville pourrait donner une estimation. Ce que l'on sait globalement c'est que c'est un problème qui prend forme dans les années 90, avec des jeunes en errance qui vont occuper l'espace public, et qui

¹ Philosophe anglais, John Locke est aussi le promoteur d'une philosophie politique reposant sur la notion de droit naturel. Précurseur du libéralisme, il fut pris pour modèle par les philosophes français du siècle des Lumières.

² Locke John, *Que faire des pauvres ?*, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2013, 64 pages

vont évidemment poser de plus en plus de problèmes aux pouvoirs locaux et en particulier aux villes. Donc très vite on a une logique sécuritaire qui se met en place, on chasse les gens avec des arrêts anti-mendicité ou des rondes de la police municipale pour éviter les attroupements ou pour verbaliser les ivresses sur la voie publique. C'est une logique qui émerge dans un contexte urbain particulier des années 90, les centres urbains, notamment sur les périodes estivales sont de plus en plus paramétrés pour accueillir les activités touristiques et commerciales donc il y a évidemment une contradiction entre la présence de ces jeunes et la transformation de la ville en centre commercial à ciel ouvert. On est dans une sorte de nouveau contexte urbain qui fait que ces jeunes sont des indésirables et très vite les villes sont confrontées à ce problème. La réponse des villes va être de dire « ce sont des jeunes en errance, donc ils ne sont pas d'ici, donc pourquoi moi je devrais m'en occuper ? Ils ne relèvent pas de ma compétence, ce serait de la compétence de l'Etat, moi ville je suis responsable des citoyens de cette ville et pas des gens de passage ». Le problème de ces jeunes c'est qu'ils ne concernent personne, ils sont d'une identité extrêmement mouvante et floue, un jour jeune à la rue, le lendemain ils font autre chose, ils sont en foyer jeune travailleur donc ils changent de statut, ou parfois ils sont en prison. Ce n'est pas une catégorie quand on regarde du point de vue de l'expérience, parce que spontanément on pourrait se dire que ce sont des jeunes qui ont choisi une vie marginale, d'aller sur les routes, c'est le mythe du poète ! Sauf que la réalité ce n'est pas du tout ça, ce n'est pas du tout une affaire romantique, c'est plutôt une affaire de violence, de pauvreté et d'exclusion. Je dis ça parce qu'à chaque fois que j'interviens sur ce thème, il y a toujours quelqu'un qui me dit « oui mais l'errance, la liberté, ... ». J'ai fait suffisamment de récit de vie auprès de ces jeunes pour voir ce qu'il y a avant l'errance, parce que effectivement il y a toujours un moment où ces jeunes disent « J'ai choisi ! ». Rassurez-vous ils n'ont pas choisi entre être étudiant, avocat ou salarié d'une entreprise qui offre des intéressements à la fin de l'année et jeune en errance, ce n'est pas le choix qu'ils ont eu. Ils ont eu le choix entre rester dans des univers malsains pour eux ou partir, globalement c'est à peu près le seul choix qu'ils ont eu. Donc c'est une expérience quand même très hétérogène, avec des jeunes très différents, et effectivement ils sont difficiles à cristalliser dans un statut. Et ça pose évidemment des gros problèmes quand on fait des politiques publiques parce que encore une fois, on a une approche très institutionnelle des problèmes. Un problème, une catégorie, un public, une politique, une institution dédiée, éventuellement une prestation ça on sait faire. A partir du moment où on a des jeunes avec des glissements statutaires permanents, cela se complique. Ce sont des jeunes qui sont un jour en formation, le lendemain un peu chez leurs parents et qui sont le surlendemain à la rue, donc effectivement ils sont errants mais ce sont des gens qui sont beaucoup plus en errance institutionnelle, statutaire, qu'en errance géographique. La réalité c'est qu'ils sont d'abord en errance dans nos dispositifs institutionnels. Ils font l'objet de multitudes d'interventions, de multitudes d'institutions, de multitudes de politiques, ils sont dans des états liminaux en permanence, jamais définis. Beaucoup de ces jeunes ont été en éducation, beaucoup de ces jeunes ont des CAP mais ont des expériences désastreuses du travail. Donc c'est une population un peu plus complexe que de dire « Ce sont des jeunes qui sont sortis un peu prématurément du système scolaire qui n'ont pas de diplômes, qui sont très loin de l'emploi ». Rassurez-vous le travail ils savent très bien ce que ça veut dire parce qu'ils ont tous travaillé et ils peuvent dire clairement comment ils vont être traités dans l'emploi, en général très mal. Alors évidemment il y a beaucoup de précarité et de

vulnérabilité, beaucoup de situations assez dramatiques et leur caractéristique c'est qu'ils sont dans l'angle mort des politiques publiques. Ils n'intéressaient pas la CAF (Caisse d'Allocation Familiale) puisqu'ils ne possèdent pas de logement ou n'ont pas d'enfants, ils sont trop jeunes pour le RSA (Revenu de Solidarité Active), certains attendent avec impatience leur 25 ans³. Du point de vue de l'urgence sociale, les CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) classiques accueillent généralement des personnes plus âgées, et les jeunes ne veulent pas y aller parce qu'ils ne veulent pas ressembler aux « clochards », qui eux sont des vieux qui ont tout raté et qui n'ont plus de ressources. Du point de vue de la santé, ce sont des jeunes qui sont relativement en bonne santé bien qu'ils consomment souvent des produits, la moitié de ceux que j'ai pu rencontrer sont des injecteurs. Cependant, ils sont, pour des sans-abris, en bonne santé ce qui les rend invisibles aux yeux des dispositifs santé, grande précarité et sans-abris. Les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ne les voient pas, ce n'est pas leur public et les municipalités ne sont concernées que lorsqu'ils troublent la tranquillité publique. Le seul domaine qui peut les concerner est finalement celui de l'addictologie et donc, à termes, il n'y a que les acteurs en addictologie et la police qui sont à même d'intervenir et d'être en contact avec ces populations.

On voit que ces jeunes sont entre deux régimes institutionnels, ils sont traités de deux manières opposées qui ne s'excluent pas l'une l'autre, c'est à dire qu'on va chercher à la fois à les punir et à les protéger, à les contrôler et à leur permettre de s'autonomiser, à leur donner de l'hospitalité et à les faire fuir. Donc la question du logement, pour les jeunes en errance, elle est souvent pensée en termes d'hébergement, parce qu'on est plus proche du champ de l'urgence sociale que du logement au sens propre. Mais l'hébergement pour ces jeunes c'est déjà un problème, parce que rien n'est possible si on n'a pas une accroche au moins par l'hébergement, s'il n'y a pas un lieu, un moment, un temps, un dispositif dans lesquels les jeunes arrêtent d'être en errance institutionnelle. La question du logement a été pensée par les acteurs de terrain comme un clé d'entrée pour l'accès à ce public qui est complètement volatil, mouvant et invisible aux yeux des politiques publiques et des grandes institutions régulatrices. Alors où habitent-ils ? C'est une population très complexe, ils sont dans des situations assez variées du point de vue du logement parce que vous avez des jeunes à la rue qui sont effectivement dans des squats, qui ouvrent des squats, d'autres sont dans des dispositifs un peu plus institutionnalisés, certains sont dans des foyers jeunes travailleurs, tout en ayant une vie à la rue, certains ont des accroches, habitent chez leurs parents ou chez l'un de leurs parents de manière assez erratique. Là aussi il y a une forme d'éclatement de la forme habitée. Ce ne sont pas que des gens qui dorment sous les ponts il y a aussi un continuum de situations qui sont marquées par du mal logement et une précarité plus ou moins intense, donc on va trouver souvent des jeunes d'origine sociale moyenne qui sont un peu en rupture de banc. Souvent ils habitent dans ce qu'on appelle la zone, c'est un lieu qui n'existe pas, qui est inaccessible pour les politiques publiques, c'est un espace. L'espace de vie des jeunes en errance s'appelle la zone, eux-mêmes l'appellent la zone d'ailleurs et donc c'est un lieu qui échappe au cadre de compréhension habituel et qui n'a pas de forme concrète, c'est un ensemble de lieux, d'expériences, ça ne se résume pas à une forme

³ Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans.

concrète, évidemment il y a des lieux de manche, il a des lieux de squat, il y a des scènes musicales, il y a des lieux d'aide. On peut faire une sorte de géographie, une cartographie de l'espace dans lequel ils circulent mais évidemment la zone dépasse ces points là, ce n'est pas vraiment un espace territorialisé, avec une démographie, des gens, avec des murs. C'est un espace qui n'est fait que de flux et donc évidemment c'est très difficile pour les pouvoir publics d'imaginer intervenir dans les espaces très liquides et fait de flux.

Donc je vais vous parler de ce qui a été un petit peu imaginé, ce fameux projet qui s'appelait Pro Domo. Pro Domo est un projet qui a été lancé par une association bordelaise qui s'appelle le CEID (Centre d'Etude et d'Informations sur les Drogues) , qui est une grosse association bordelaise autour de la prévention des addictions. Ils ont des éducateurs de rue et ils ont la problématique de l'addiction donc c'est comme ça qu'ils ont été confrontés à ces publics. Ils ont imaginé un dispositif qui a essayé de tenir compte de toutes les difficultés que je viens d'évoquer et qui a essayé de passer entre les failles du système. Ils ont essayé de tenir compte à la fois de ce que ne font pas les structures existantes, les CHRS en particulier, mais aussi des spécificités du public en question. Ce dispositif c'est quoi ? C'est un bâtiment qui a été acheté, dans lequel ils ont fait des chambres, donc c'est mi-privé et mi-collectif, avec des chambres individuelles pour les jeunes et un espace collectif qui globalement est une grande salle de réunion au rez-de-chaussée qui sert aussi aux éducateurs (**Figures 1&2**). C'est un dispositif où, au fond, on a des équipes de rue qui sont en contact avec des jeunes, qui détectent de manière la plus précoce possible, parmi ces jeunes - puisqu'on a vu qu'il y avait plusieurs catégories et donc différents types de vulnérabilités et donc différents degrés d'urgence - et qui détectent des jeunes soit en situation de danger imminent, soit des gens qui ont déjà manifesté l'envie de s'en sortir. Ils sont sélectionnés un peu sur ce mode-là, il y avait une dizaine de chambre et l'idée c'est de dire « on vous sort de la rue et vous entrez dans un hébergement ». On est sous le coup de la loi de 2002 , donc c'est un hébergement qui est considéré comme étant privé, personnel, les jeunes ont une clé et un code pour rentrer dans leur chambre, ce n'est pas une sorte de dortoir, ce n'est pas un internat dans lequel au fond l'institution a un droit de regard sur tout ce qui se passe dans la chambre. Pendant ce temps-là il y a des éducateurs qui font un travail social assez classique, c'est à dire qu'ils font une mise à jour administrative, ils refont leurs papiers - beaucoup n'ont pas de papier - ils les mettent en contact pour certains avec des professionnels de santé ou avec des acteurs de la formation, certains sont partis en formation. L'idée étant que, petit à petit, les jeunes vont avoir un moment un peu tranquille, du temps. Ce que je n'ai pas indiqué c'est que la vie dans la rue, la vie dans les squats, la vie dans la zone, est une vie très compliquée, difficile, épuisante, violente. Si à un moment donné la rue est la solution qu'on a trouvée pour échapper à un univers familial négatif, elle peut aussi rapidement devenir dangereuse et accentuer la vulnérabilité, donc les gens ont aussi besoin d'en sortir, de se protéger. Les jeunes peuvent rester dans ces logements assez longtemps, ceux qui sont restés le plus longtemps sont restés deux ans mais il n'y a pas d'obligation, certains sont partis plus vite. Les jeunes peuvent rentrer en couple dans les plus grandes chambres et surtout peuvent conserver leur chien⁴, chose qu'ils ne pouvaient pas faire ailleurs , bien que tous les gens qui

⁴ Contrairement au CHRS qui ont une logique de guichet individuel empêchant l'entrée en couple ainsi que les animaux



Fig 1. Espace collectif . © bordeauxmecen.es.org



Fig 2. Chambre individuelle . © ceid-addiction.com

ont travaillé sur ces questions-là ont démontré que le rôle du chien est absolument essentiel dans le fonctionnement de la zone. C'est une monnaie d'échange et pour parler comme les anthropologues, c'est une clé de filiation, « je suis lié à un tel parce que je lui ai passé des chiots », « je connais machin parce que son chien c'est une portée de mon chien », etc. Donc ce sont des nouvelles filiations très particulières à la zone qui en dehors de la zone nous paraissent complètement sans intérêt mais qui, à l'intérieur, sont très importantes.

Le problème avec ces dispositifs c'est de trouver des financements, de savoir qui fait entrer dans son rapport moral de fin d'année « j'ai donné un peu d'argent à ce dispositif pour faire sortir des jeunes de la rue ». Malheureusement personne n'a intérêt à faire ça parce que ça n'entre dans aucune comptabilité. Au jour d'aujourd'hui, Pro Domo a fermé, bien que l'association ait essayé de tenir le plus longtemps possible. C'est toujours pareil lorsqu'il y a des expérimentations on dit « lancez les affaires et vous verrez bien, dans deux ans les fonds sur l'expérimentation seront terminés mais vous trouverez bien un moyen de faire la soudure avec un autre dispositif », là il n'y en a pas eu. En fait, on est retombé un petit peu dans la malédiction de l'errance, ces jeunes n'intéressent personne, ils n'entrent dans aucune comptabilité, dans aucun rapport moral, dans aucune institution. La mairie a donné un peu, le département a donné un peu au titre de la cohésion sociale. Evidemment les coûts de fonctionnement de ce type structure sont très lourds, on est dans du résidentiel donc très vite on passe dans des coûts assez considérables. Il faut noter aussi que la force du stigmatisme a été très importante. Dans la rue on dit « toxico un jour, toxico toujours » et c'est vrai qu'il y a une force d'attraction. Beaucoup de ces jeunes sont retournés à la rue d'eux-mêmes, je continue à en croiser, ils habitent à nouveau la zone. Alors on s'aperçoit que Pro Domo, qui devait être une sorte de marche pied vers le droit ordinaire, a été victime d'une sorte de malédiction propre aux dispositifs destinés à ces publics. Au fond c'est devenu une politique dans leur trajectoire, un moment donné, un dispositif parmi d'autres, un moment de leur vie parmi d'autres. Quand on fait un peu l'analyse de leur trajectoire on se rend compte qu'ils passent d'une politique publique à une autre, d'un type de dispositif à un autre, parfois d'une expérimentation à une autre en fonction des offres publiques et qu'au fond il y a une force du stigmatisme et de la vulnérabilité qui font qu'à partir du moment où on a des politiques publiques précaires, où on a des dispositifs précaires. Ça reste quand même un défi, les défis autour de ces populations ne sont pas relevés, on s'aperçoit que le logement à la fois comme objectif et comme moyen, c'est probablement quelque chose qui marche. Quand on fait un peu l'analyse de la trajectoire dans les dispositifs il y a quand même beaucoup de sorties positives, pour employer le langage des dispositifs étatiques, mais on s'aperçoit quand même qu'on a des défis qui restent importants. Le logement et l'hébergement, comme moyen et comme fin très bien mais effectivement il faut beaucoup de politiques publiques pour contrarier cette précarité-là. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LOCKE John, *Que faire des pauvres ?*, Presses Universitaires de France, «Hors collection», 2013, 64 pages

POUR ALLER PLUS LOIN

LANGLOIS Emmanuel, « De l'inconvénient de n'être le problème de personne. Cécité institutionnelle et vulnérabilité sociale des jeunes en errance », *Pensée Plurielle*, n°35, 2014, pages 83 à 99.

HABITAT ET MALADIE D'ALZHEIMER: ARCHITECTURE ET APPROPRIATION SPATIALE ET TERRITORIALE

MANON LABARCHEDE

Manon Labarchède est architecte D.E et doctorante en deuxième année de sociologie sous la direction de Guy Tapie, professeur de sociologie et Muriel Rainfray, praticien hospitalier, au laboratoire PAVE (CED) de l'Ensap Bordeaux. Elle a obtenu, en 2017, une bourse doctorale de la Fondation Médéric Alzheimer pour sa thèse intitulée : « Habitat et maladie d'Alzheimer : architecture et appropriation spatiale et territoriale ».

manon.labarchede@bordeaux.archi.fr



Manon Labarchède - © J.Clerc

Manon Labarchède présente un état d'avancement de son travail au terme de sa première année de doctorat. Elle met ainsi en perspective l'intervention précédente à travers la relation entre habitat, vulnérabilité et maladie d'Alzheimer du fait notamment des spécificités de la maladie. Dans un premier temps, elle développe les trois logiques - de vie, de production du cadre de vie matériel, thérapeutique et de soins - qui dominent, selon elle, la conception de l'habitat des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et qui font référence pour agir sur la conception et la gestion des lieux de vie. Dans un second temps, elle aborde la méthodologie de son travail et le choix des différentes études de cas qu'elle va investiguer durant son travail de thèse.

« La maladie d'Alzheimer a, depuis plusieurs années bénéficié d'un changement de regard notamment du point de vue des politiques publiques qui ont poussé à une nouvelle réflexion sur la manière dont on prenait en charge les personnes malades et sur les différentes offres d'habitat qui leur étaient proposées. On a ainsi vu le développement d'un certain nombre d'offre allant de l'unité Alzheimer à l'UHR (Unité d'Hébergement Renforcée)¹, aux EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) spécialisés ou encore aux projets dit innovants tels que le village Alzheimer en cours de construction dans les Landes. D'un autre côté, le maintien à domicile est une solution souvent privilégiée compte tenu des questions de déracinement de la personne, jugé souvent très difficile, mais aussi pour des raisons économiques. L'enjeu de cette thèse est donc de comprendre quelles sont les spécificités de ces différentes offres, de ces différentes structures et ce qu'elles ont à apporter aux personnes malades et à leur entourage. Notre travail repose donc sur trois hypothèses de départ : la première est que les trajectoires résidentielles de ces personnes ont un sens qui va inscrire chaque structure au croisement de l'évolution de la maladie et de conditions sociales, culturelles, économiques ou encore familiales. Notre seconde hypothèse est que la conception de l'habitat à l'heure actuelle est régie et dominée par différentes logiques qui vont se combiner pour générer de nouvelles formes. La troisième et dernière hypothèse est que, finalement, ce sont des acteurs, qu'ils soient professionnels du soin, familles ou encore politiques publiques qui vont peser sur la manière dont on conçoit l'espace et sur la mise en place de ces logiques au niveau des différents espaces. Au début de cette thèse, l'objectif principal était d'ancrer notre sujet dans une dimension pluridisciplinaire au croisement entre santé, architecture et sociologie. L'analyse de la littérature existante a permis de mettre en évidence trois logiques qui à l'heure actuelle dominent la manière dont on conçoit l'habitat pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une logique de vie, d'une logique de production du cadre de vie matériel et d'une logique thérapeutique et de soins (**Figure 1**). Je vais essayer de développer ces logiques afin de vous expliquer les différentes notions, ce qu'elles impliquent, et les différents concepts qui peuvent y être rattachés.

La logique de vie va valoriser la capacité des structures à prendre en compte la personne avant la maladie, ne pas considérer la personne comme un objet de soin mais plutôt une source du savoir, en se disant qu'elle est capable de nous apporter un certain nombre d'éléments

¹ Les unités Alzheimer sont des petites unités sécurisées accueillant entre 12 et 14 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont spécifiquement destinées aux résidents ayant des troubles perturbateurs sévères du comportement.

quant à la manière dont elle souhaite être prise en charge. Cela veut dire s'intéresser à son parcours de vie, à qui elle a été mais aussi à ses envies, à ses besoins et aussi à tout ce dont elle souhaite bénéficier dans sa prise en charge. Cette logique de vie repose sur deux concepts fondamentaux: l'intimité et l'intégrité. Il s'agit donc d'une part de permettre à la personne malade d'exprimer son identité sociale, ce qu'elle est pour chacun d'entre nous - si il s'agit d'une femme âgée de 87 ans qui a été institutrice au cours de sa vie - mais aussi son identité vécue, c'est à dire l'identité qu'elle peut avoir pour elle même en fonction de l'avancement de la maladie, de ce qu'elle ressent, une prise en compte du passé qui fait qu'elle n'est plus vraiment cette femme de 87 ans que vous et moi percevons. D'autre part, il s'agit de questionner la capacité des structures à être garant de l'intégrité des personnes malades. Cela repose sur une dimension éthique - la manière dont on va prendre en charge la personne en respectant ses souhaits, ses volontés, la prise de décision dont elle peut faire preuve, et comment on peut l'aider malgré l'avancement de la maladie à exprimer encore cette volonté - mais aussi la gestion du stigmate et ce à quoi la maladie renvoie. Finalement pour notre société, qu'est-ce qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ? En quoi est-elle en capacité d'être encore aujourd'hui?

La logique thérapeutique et de soins s'intéresse à la prise en charge médicale de la personne malade. C'est réfléchir à l'encadrement, à l'accompagnement de la personne malade mais aussi de son entourage. On le sait, accompagner au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut-être très difficile et fatigant. Il faut donc trouver la bonne combinaison entre la personne malade et son entourage. Cette logique va reposer sur deux concepts: le soin et les pratiques professionnelles. D'une part, il s'agit de questionner la série d'actes médicaux, l'approche psychologique ou encore l'approche médicamenteuse mais surtout non médicamenteuse avec notamment le développement de l'art thérapie et autres activités qui vont aider à stimuler la personne lui permettre de gérer les difficultés qu'elle peut rencontrer. D'autre part, cette logique permet d'alimenter la réflexion sur les pratiques professionnelles et toute la question de la relation qui va lier le soignant au soigné. Au-delà d'une simple pratique du soin, c'est vraiment une relation sociale qui se met en place. Cela pose aussi la question, en fonction du lieu de vie de la personne, de savoir si on se trouve sur le territoire du soignant où la personne est accueillie et hébergée et où finalement c'est le professionnel qui a le «pouvoir» sur cet espace, ou au contraire, si on est sur une forme plus domestique où le soignant n'est là qu'en tant qu'accompagnateur ce qui va le contraindre à se repositionner sur sa pratique professionnelle quotidienne.

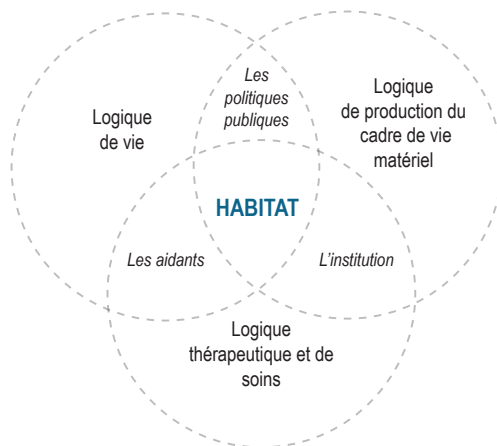
La dernière logique donc est la logique de production du cadre de vie matériel, qui repose sur une dimension programmatique et conceptuelle des lieux de vie afin de permettre une conception des espaces qui soient soutient aux fonctions cognitives déficitaires. Toute la dimension économique aussi va être à prendre en compte dans cette logique à savoir qui paye pour les différentes solutions et ce que cela implique dans la manière dont on va concevoir les choses. Cette logique va reposer sur une approche comportementaliste, structurelle et organisationnelle des choses. Elle est notamment développée par la psychologie sociale de l'environnement, avec un travail sur cette relation entre l'homme et son environnement dans la production des espaces de vie. Elle va notamment permettre le développement de l'architecture prothétique et des grands modèles architecturaux qu'on a pu étudier au fil des



Fig 1. Présentation des trois logiques. © M.Labarchède

années comme le Cantou².

Ce qui va finalement nous intéresser au travers de ces trois logiques, c'est la manière dont elles vont se mettre en place dans la conception de ces lieux de vie. Elles n'apparaissent pas de manière indépendante sur un espace mais au contraire elles vont se croiser, cohabiter, elles vont devoir négocier les unes avec les autres. L'analyse de la littérature existante a permis pour l'instant de révéler, au travers des différents travaux étudiés, des croisements entre ces différentes logiques. Par exemple la question des aidants va croiser logique de vie et logique thérapeutique et de soins, au travers de la relation qui va lier la personne malade avec son aidant. Le terme aidant renvoie à la fois au personnel médical, au personnel soignant, mais également à la famille et aux personnes proches qui vont aider et accompagner la personne malade. On assiste alors à une véritable montée en expertise des personnes et ce qui va nous intéresser c'est la manière dont ils vont prendre position et influencer la conception et l'organisation de l'espace. La question des politiques publiques, et la mise à l'agenda politique de la maladie d'Alzheimer au travers notamment de l'édification des plans Alzheimer ces dernières années, fait le lien entre logique de vie et logique de production du cadre de vie matériel. Cela a notamment permis une réflexion sur une prise en charge plus éthique des personnes malades mais a aussi imposé un certain nombre de structures et donc par là la mise en place de ces grands modèles et de ces normes architecturales que l'on peut rencontrer aujourd'hui, je parle ici des PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) ou UHR.



² Le terme CANTOU pour Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupation Utiles, a été développé pour la première fois dans les années 1970 par Georges Caussanel, directeur d'un foyer de à Rueil-Malmaison. En reprenant l'idée du cantou qui en occitan signifie coin du feu, il propose un nouveau mode d'hébergement et de prise en charge basé la participation des résidents aux activités domestiques quotidiennes.

Enfin tous les travaux sur la question de l'institution - que ce soit le concept d'*institution totale* développée par Goffman, ou encore la volonté de domestiquer l'institution en essayant de mettre en place toute une pratique du «chez-soi» au travers de ce lieu de vie collectif - va faire le lien entre logique thérapeutique et de soins et logique de production du cadre de vie matériel.

Il s'agit donc de questionner la manière dont ces trois logiques vont se mettre en place au sein des différentes structures qui sont proposées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - que cela relève du maintien à domicile, de l'hébergement temporaire ou permanent - et leur transposition dans le quotidien des personnes malades. En d'autres termes, saisir la manière dont ces trois logiques vont cohabiter au sein d'un même espace et influencer le bien-être éventuel des personnes malades. Cela suppose de se questionner sur la manière dont on conçoit l'espace, dont on l'occupe mais surtout et avant tout dont on laisse la personne malade l'occuper. Pour cela, à l'heure actuelle, il y a trois thèmes d'analyse qui se découpent dans ce travail de thèse tel qu'il est avancé aujourd'hui. Le premier tourne autour de la notion de liberté et de limite. Il s'agit de s'interroger sur la marge de manœuvre et la marge de liberté qu'on laisse à la personne malade. Est ce qu'on lui permet tout simplement d'aller à l'extérieur lorsqu'elle le souhaite ou est ce qu'au contraire on va fermer la porte pour éviter qu'elle aille d'elle-même à l'extérieur et qu'elle ne soit pas surveillée? Quelles sont les différentes règles qu'on peut leur imposer et jusqu'à quel point justement on peut leur imposer ces règles, dans tout ce qui est cette pratique de la personne et de ce qu'elle est? Le deuxième thème, qui regroupe un peu le premier, est celui de la sécurité et du risque et notamment le développement de cette question du droit au risque. Cela suppose par exemple de s'interroger sur notre capacité à laisser une personne déambuler même si on prend effectivement le risque qu'elle tombe, qu'elle se fasse mal. Quel peut être ce degré que l'on peut mettre au sein des différentes structures entre cette question de ce qu'on laisse faire à la personne et ce qu'on lui interdit par rapport à cette sécurité? La troisième thématique est l'intimité et la collectivité notamment dans ce rapport à l'institution qui correspond à un hébergement collectif et donc finalement comprendre ce qui est de l'ordre de l'intime et du personnel dans ce type de structure. Quels sont les espaces où il n'y a que la personne malade et son entourage qui sont habilités à aller et où les personnes autour n'ont pas de droit de regard?

Pour répondre à ces différentes questions, d'un point de vue méthodologique, nous allons procéder en trois étapes. La première passe par la mise en place d'un questionnaire, destiné aux aidants familiaux, afin de les interroger sur les choix résidentiels qui ont été mis en place, la manière dont les structures ont été sélectionnées et les critères sur lesquels reposent leur perception du bien-être de leur proche ou d'une structure dite qualitative. Il s'agira également de questionner l'urgence des situations et la nécessité de «placer» la personne, par rapport à un épuisement, par rapport à une maladie qui évolue de plus en plus. Le deuxième point de méthodologie qui sera mis en place, ce sont des entretiens. Des entretiens à la fois avec le personnel médical des différentes structures, mais aussi des familles, des politiques publiques ou encore des architectes afin de comprendre qu'elles sont les différentes logiques qui sont portées dans les projets et la manière dont ces acteurs perçoivent l'habitat des personnes. La dernière étape c'est une série d'observations au sein

de différentes structures, pour saisir au plus près les conditions d'existence des personnes et comprendre la manière dont ces trois logiques transparaissent et prennent place dans le quotidien. Pour cela j'ai sélectionné différentes études de cas, en fonction de grandes typologies. La première concernent les structures dites spécialisée, notamment l'étude de deux EHPAD spécialisés dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de l'EHPAD Les Parentèles qui est situé à Mérignac, qui est porté par le groupe Almage et qui a déjà été construit et structuré dans différentes villes, c'est une structure privée. Le second c'est l'EHPAD Les Jardins de l'Alouette, situé à Pessac sur le site de Xavier Arnozan puisqu'il est en lien avec le pôle de Gériatrie, qui lui est une structure publique et qui est également spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Sur ces deux structures, les personnes qui sont accueillies, sont des personnes qui n'ont que cette pathologie. Le deuxième type que je souhaite investiguer, c'est le maintien à domicile, donc au travers différentes situations de maintien à domicile, avec des entretiens avec des aidants mais aussi les politiques publiques qui cherchent à promouvoir ce modèle là et à le développer. J'ai déjà eu l'occasion de rencontrer des accueils de jour, par exemple l'association ENVOL qui est située à Gradignan et qui a la spécificité d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dites jeunes, c'est à dire qui sont âgées de moins de 65 ans. C'est l'une des problématiques majeures dans cette maladie, on pense souvent à la question du vieillissement mais finalement toutes les personnes qui déclarent la maladie avant leur 65 ans ont plus de difficultés à être prises en charge. La troisième typologie c'est la question des unités fermées avec notamment l'EHPAD Saint-Rome à Carsac-Aillac qui donc est un EHPAD qui bénéficie dans sa structure d'une unité Alzheimer et qui a la particularité d'être intégré dans le programme de recherche que l'on mène au sein du laboratoire PAVE sur la question de l'habitat et du vieillissement³. Cela va nous permettre à la fois de questionner la relation entre Habitat et Vieillesse mais aussi de voir le lien avec la spécificité de la maladie. On a également une maison de retraite située à Bully dans le 69 qui est une structure relativement ancienne, qui date des années 70 et qui a la particularité d'avoir été primée notamment par l'association France Alzheimer par rapport à la manière dont ils prenaient en charge les personnes. Cela permettra aussi de questionner ce rapport entre une architecture qui n'est pas forcément conçue selon les normes actuelles et le bien-être que cela peut procurer sur les personnes malades. Et enfin, le quatrième type c'est la question des projets dits «innovants» avec le développement du village Alzheimer dans les Landes et cette question finalement de la transposition d'un tel modèle dans le contexte français et enfin le projet de Maison Carpe Diem qui est situé au Canada. »

³ Programme de recherche «Habitat, vieillissement et filières de production: vers des innovations sociales» (2016/2019) porté par le laboratoire PAVE en collaboration avec le Forum urbain et financé par la région Nouvelle Aquitaine et le département de la Gironde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GOFFMAN Erving, *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Editions de Minuit, « Le sens commun », 1968, 438 pages

POUR ALLER PLUS LOIN

LABARCHEDE Manon, « Repenser l'hospitalité pour l'hébergement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : représentations de l'habitat et pratiques de l'espace », *Cahiers du LACTH*, n°18, (A paraître)

CONCEPTION PSYCHO-ENVIRONNEMENTALE DES ESPACES DE VIE

KEVIN CHARRAS

Kevin Charras est docteur en Psychologie Environnementale et responsable du pôle d'interventions psychosociales de la Fondation Médéric Alzheimer. Il travaille depuis plusieurs années sur l'approche psycho-environnementale dans la conception des lieux de vie destinés aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.



Kevin Charras - © J.Clerc

Kevin Charras met en perspective l'approche psycho-environnementale des lieux de vie et la conception de ces derniers témoignant notamment des applications possibles des différents travaux de recherche portant sur ces questions. Il présente ainsi les différentes approches psycho-environnementales connues et revient dans la deuxième partie de son intervention sur l'impact de l'environnement dans les comportements des individus, particulièrement lorsqu'ils ont des troubles cognitifs. Il questionne ainsi la manière dont on conçoit les établissements destinés à l'hébergement collectif des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, au regard des évolutions de notre société, tant d'un point de vue législatif que normatif.

« Je suis intervenu dans une soixantaine d'établissements jusqu'à présent et cela fait à peu près 15 ans que je travaille sur ces questions-là. Je vais donc essayer de vous résumer les observations que je peux avoir par rapport à la conception psycho-environnementale des espaces de vie pour les personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement. Il s'agit, dans un premier temps, d'essayer de décrypter les relations qu'ont les individus avec leur environnement. Il y a plusieurs approches environnementales liées à la maladie d'Alzheimer : des approches que l'on va qualifier de thérapeutiques, qui cherchent à cibler spécifiquement les symptômes de la maladie ; des approches prothétiques ou réhabilitatives, qui vont plutôt aborder l'environnement sous l'angle d'une béquille pour compenser des déficits ; des approches expérientielles, qui se fondent sur le vécu et la perception de la personne dans son environnement ; et enfin, des approches fondées sur les besoins des personnes et qui partent comme postulat que lorsque les besoins ne sont pas satisfaits, cela peut provoquer certains troubles du comportement. Le principe de l'approche environnementale consiste donc à considérer qu'il peut exister une relation homme/environnement non congruente ou qui n'est pas en adéquation, à partir du moment où on observe des symptômes psychologiques et comportementaux que l'on peut observer dans la maladie d'Alzheimer (comportements agressifs, troubles de régulations des interactions sociales, troubles identitaires, agitation, anxiété ou encore désorientation). Les approches traditionnelles sont centrées sur l'individu en tant qu'unité d'analyse, et travaillent à faire en sorte qu'il s'adapte au mieux à son environnement par des moyen chimio-thérapeutique ou psychothérapeutique. L'approche environnementale, à l'inverse, aborde l'individu dans une perspective systémique, et travaille sur l'environnement de manière à solliciter les interrelations qu'il existe entre un individu et son environnement.

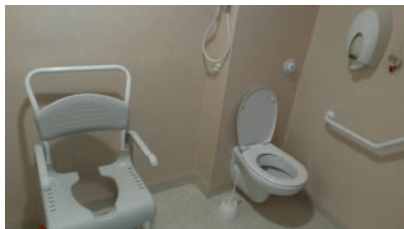
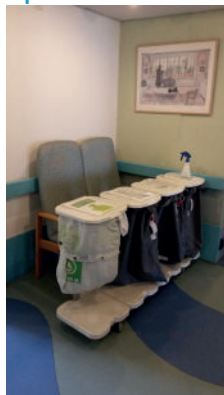
Le modèle de pression environnementale de Lawton (1973) étudie les mouvements entre les compétences individuelles des personnes et les différents types de pressions que l'on peut avoir de l'environnement, qu'il s'agisse de l'environnement physique mais aussi de l'environnement social. Le but est de favoriser l'adoption de comportements adaptatifs de la part de l'individu et ainsi de faire en sorte que celui-ci se trouve dans une zone de confort maximum pour améliorer significativement la qualité de vie. C'est en observant ces mouvements que l'on se rend compte que les EHPAD sont des organismes vivants. C'est à partir de ce constat que je me suis dit qu'il serait intéressant d'aborder l'EHPAD autrement et d'en faire la comparaison avec l'anatomie du corps humain. Le plus petit dénominateur commun entre l'être humain et l'architecture est la cellule. Cellule que l'on retrouve en architecture avec notamment la cellule monacale ou carcérale. Ce sont des pièces qui sont

réduites à leur minimum et qui constituent l'unité d'habitation d'un individu. Elles sont composées d'un lit, d'une table, d'une chaise et aujourd'hui dans les EHPAD en plus de ça, d'une salle de bain et de toilettes. Ces cellules s'organisent autour d'artères pour donner forme à cet organisme vivant. Des artères dans lesquelles on retrouve des flux, qui sont plus ou moins obstrués par des caillots. Ce sont les chariots que l'on va utiliser dans les EHPAD, que l'on voit un peu fleurir au gré de la journée, à différents endroits et qui vont plus ou moins obstruer ces artères. Dans ces artères, le taux de blancs (blouses blanches) est un bon indicateur de l'état de santé des habitants, des occupants des EHPAD. L'accueil dans les établissements c'est les yeux, c'est les oreilles de l'EHPAD, c'est ce qui va permettre à la direction, qui est le système nerveux central, le cerveau de l'organisation, de donner des ordres aux différents organes fonctionnels de l'EHPAD. On trouve un système immunitaire représenté par les postes de soins, le système alimentaire et nutritionnel par la restauration et des phagocytes avec l'entretien, qui nettoie tous les différents lieux de l'EHPAD.

On remarque aussi toutes les terminaisons nerveuses que l'on peut avoir dans les EHPAD, avec le wifi, avec internet ou encore avec les détecteurs des mouvements et les caméras. Les schémas de câblage ressemblent beaucoup au système nerveux périphérique du corps humain. L'ossature forcément que l'on retrouve aussi dans le corps humain. Et la morphologie architecturale qui est relativement reconnaissable, qui nous indique qu'il s'agit bien d'une espèce : quand vous arrivez dans un village, quand vous arrivez dans une ville, l'EHPAD se repère assez facilement. On l'identifie parce que c'est un grand bâtiment avec un accueil que l'on voit bien de l'extérieur. On se rend compte assez rapidement que c'est un habitat collectif et il y a des formes qui sont assez similaires d'un EHPAD à un autre. Si l'on pousse la comparaison encore un peu plus loin, nous pourrions imaginer que l'ADN de l'EHPAD est déterminé par le programme architectural et le cahier des charges des EHPAD. Or, cet ADN, est modulable et va nous permettre d'assister à des mutations architecturales en fonction des évolutions sociétales auxquelles l'EHPAD va faire face. Ces évolutions sociétales sont bien évidemment, et en premier lieu, influencées par la démographie avec une population vieillissante qui nous incite à construire de plus en plus de lieux d'habitation pour les personnes âgées et vieillissantes en situation de dépendance. Des lois fleurissent en rapport avec cette évolution démographique dont la loi d'adaptation de la société au vieillissement¹. Nous pouvons observer aussi un impact des réformes de santé publique, notamment sur la médicalisation et la dépendance qui donnent une structuration de plus en plus hospitalière à ces espaces. La prévention sensorielle va impacter des éléments d'aménagement intérieur tels que les contrastes, le bruit, les odeurs, la signalétique dans les EHPAD. Au niveau de la dénutrition beaucoup de travaux ont été effectués sur la convivialité des restaurants, sur la manière de les aménager afin qu'ils soient plus conviviaux, et qu'il soit plus agréable d'y manger. L'accompagnement de la fin de vie a vu naître un certain nombre d'unités dédiées. La loi ASV avec l'EHPAD hors les murs ont fait naître des excroissances en dehors de l'EHPAD. Les questions de bientraitance sont également à prendre en considération, avec notamment l'enjeu de la liberté d'aller et venir. Le contrôleur général de privation des

¹ Promulguée en décembre 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite «Loi ASV») traduit l'ambition d'une adaptation globale de la société au vieillissement, mobilisant l'ensemble des politiques publiques : transports, aménagements urbains, logement, etc. Elle fait le choix de la priorité pour l'accompagnement à domicile.

La « bientraitance » passe aussi, par l'appropriation de l'espace et les aménagements...



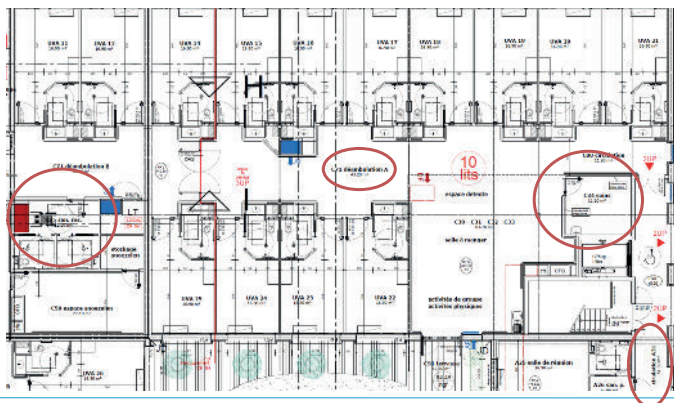
Séminaire doctoral PAVE - Kevin Charras

01/09/2017 22



Fig 1. Exemple d'aménagements problématiques . © K.Charras

Impact des représentations sociales de la dépendance : plans architecturaux « pathogènes »



Séminaire doctoral PAVE - Kevin Charras

01/09/2017 27



Fig 2. Plan d'une unité Alzheimer . © K.Charras

libertés a tiré la sonnette d'alarme sur le fait que ce sont des lieux fermés - en parlant des unités spécifiques destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - qui sont souvent sécurisées par des digicodes, dans lesquelles beaucoup des personnes qui y résident n'ont pas donné leur accord ou ne font pas l'objet d'une mesure juridique pour rentrer dans ces lieux-là. Une des enquêtes menées par la Fondation Médéric Alzheimer sur l'ensemble des EHPAD en France, avait pour objectif de connaître le nombre de personnes qui sont sous mesure juridique dans les unités spécifiques qui sont fermées. Il s'avère qu'il y a peu ou prou 1/4 des personnes qui sont dans ces lieux fermés qui sont sous mesure juridique. Pour toutes les autres, on est dans une situation qui serait finalement illégale, on n'a pas le droit de maintenir enfermées des personnes contre leur gré. Notre devoir serait de leur signifier qu'elles peuvent partir puisqu'il n'y a aucune mesure juridique qui vient à leur rencontre. Toutefois, laissez les sortir et on viendra vous rattraper en vous disant « oui mais là il y a quand même une question de mise en danger de la vie d'autrui et par conséquent il faut quand même aller les chercher, c'est non-assistance à personne en danger ! » On se retrouve dans cette logique qui ne nous donne pas vraiment de solution par rapport aux questions d'enfermement et de sécurisation des personnes atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement.

La bientraitance passe aussi par les aménagements et on observe qu'il y a un certain nombre de conflit d'usage dans les aménagements qui montrent bien qu'il y a une incompréhension par rapport à l'organisation des espaces. On voit, par exemple, qu'un espace d'attente va être transformé, pendant un temps, en espace de stockage de poubelles. On est réellement dans un conflit d'usage entre ce qui est pour les usagers résidents et ce qui est pour les usagers professionnels. En termes d'aménagement, il ne faut pas voir les choses uniquement d'un point de vue architectural global mais aussi de la manière dont on aménage les éléments à l'intérieur. Lorsqu'on arrive dans des toilettes de ce type-là (**Figure 1**), qui sont en fait une salle de bain et qu'on a ces deux types de sièges, qu'on a des troubles cognitifs, qu'on a des troubles perceptifs et qu'on veut aller faire pipi, cela peut être difficile de déterminer le siège que l'on doit utiliser et effectivement ce n'est pas toujours très agréable, ni pour la personne, ni pour les professionnels soignants qui passent derrière, de se rendre compte que l'on s'est trompé de siège. Là encore il y a toute une réflexion globale à avoir sur ce que c'est que d'avoir la maladie d'Alzheimer, ce que c'est que d'avoir des troubles sensoriels d'une manière générale et des troubles cognitifs plus particulièrement. On observe un impact des plans Alzheimer avec les PASA² qui ont eu beaucoup de mal à s'intégrer dans les structures existantes parce qu'il n'y avait pas forcément de lieux prévus pour et finalement dans toutes les nouvelles constructions que l'on voit naître aujourd'hui, des lieux sont spécifiquement dédiés aux PASA. C'est vraiment quelque chose qui a bien pris, qui est venu se greffer d'un point de vue architectural sur l'organisme vivant et qui fait aujourd'hui partie intégrante de l'anatomie des EHPAD. On a un impact climatique aussi alors non seulement du fait des épisodes de fortes chaleurs pour lesquels on a installé la climatisation dans les EHPAD, mais aussi pour ce qui concerne la haute qualité environnementale, le recyclage où, de plus en

² Les PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) sont des espaces aménagés au sein des EHPAD. Ils sont destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie neuro-dégénérative et ayant des troubles du comportement modérés.

plus, les matières organiques sont recyclées dans les EHPAD et aussi avec toutes les histoires de faibles consommations énergétiques. On a eu un impact également économique, ou du moins une tentative d'impact économique, où finalement ces EHPAD low-cost qui ont été promus à l'époque, qui cherchaient à prendre un peu leur place, n'ont pas vraiment vu le jour ou seulement certains. L'objectif était de rationaliser les déplacements des professionnels, la surface de nettoyage, pour diminuer les coûts de l'EHPAD.

On se rend compte qu'il y a vraiment un impact des représentations sociales chez les architectes, les directeurs d'établissement et les différents professionnels qui agissent sur la maladie d'Alzheimer, sur les plans architecturaux qui peuvent être relativement pathogènes. Si on regarde cette unité Alzheimer de 10 lits, (**Figure 2**) on arrive par une circulation et dans le reste de l'EHPAD on a des « circulations ». Dès lors qu'on arrive dans l'unité spécifique, on parle de « déambulations » et ça on le voit marqué en toutes lettres sur les plans architecturaux. A partir du moment où c'est écrit noir sur blanc sur le plan architectural à quoi peut-on s'attendre d'autre que d'avoir des symptômes de déambulation ? On est donc en train de créer un lieu pour que des personnes déambulent. La déambulation c'est un symptôme, on ne va pas le promouvoir, à l'inverse on va avoir tendance à vouloir le diminuer. On a eu plusieurs expérimentations d'EHPAD qui ont commencé à mettre des couloirs de déambulation spécifiquement pour les personnes qui déambulent. Ce qu'on remarque c'est que les personnes qui ne déambulent pas en premier lieu se mettent à déambuler justement parce qu'il y a ces couloirs. Il faut savoir que la déambulation touche sur une unité de Alzheimer environ 15% des personnes d'un point de vue épidémiologique, donc à peu près 1 personne dans l'unité. On ne veut pas que toutes les personnes déambulent. Après il y a d'autres personnes qui errent. Entre l'errance et la déambulation, il y a une différence.

Autre élément : la surveillance. On a tendance à caler ces postes de soins qui sont complètement vitrés dans les unités spécifiques en se disant que de cette manière-là on va pouvoir avoir une vue circulaire sur tout ce qui se passe dans l'unité spécifique. Il faut quand même connaître l'origine de ces lieux de surveillance, ce sont des lieux qui sont dits panoptiques, des lieux qui proviennent de l'architecture du milieu carcéral, donc pour observer et surveiller l'ensemble des prisonniers. Pourquoi vouloir les remettre dans des lieux de soins si ce n'est pour la surveillance ? Cela voudrait dire que finalement on a suffisamment de professionnels, suffisamment de personnels pour pouvoir mettre quelqu'un 24h sur 24 dans ces postes de soins là ? Ce qui n'est absolument pas le cas, on n'a pas le nombre de personnel requis pour pouvoir le faire. D'autre part, c'est relativement gênant pour les professionnels qui s'y trouvent. La preuve en est, quand vous visitez les unités de soins qui ont ces postes de soins vitrés, les professionnels, parce qu'ils n'aiment pas trop qu'on les observe de l'extérieur, collent un certain nombre de papiers, de plannings sur la vitre. Ils ne voient plus tellement ce qu'il se passe de l'autre côté. En tant qu'utilisateur c'est très désagréable d'être observé. Qu'on ait la maladie d'Alzheimer ou non, ce n'est pas agréable de se trouver dans ces conditions-là. Le troisième point, ce sont les toilettes. On parle souvent d'incontinence et finalement quand on regarde la pièce de vie commune, et ce n'est pas seulement dans cet EHPAD là mais c'est dans tous les EHPAD, il n'y a pas de toilette accessible. Vous me direz : « si ! dans les chambres des résidents », mais la personne dont la chambre est de ce côté et qui se retrouve à l'autre bout dans la salle commune,

qui veut aller aux toilettes et qui a du mal à marcher, risque d'avoir du mal à regagner sa chambre à temps. Alors on peut lui dire d'aller dans les toilettes de la chambre la plus proche, mais pour le propriétaire de la chambre, cela n'est pas très agréable d'avoir toute l'unité qui passe dans ses toilettes. Il y a un certain nombre de choses auquel il faut avoir réfléchi en termes d'usages. Ensuite, sur la question des représentations sociales, je vais vous présenter un exemple qu'on utilise très souvent avec Fany Cérèze qui est architecte et avec qui je travaille régulièrement. On se rend compte qu'en terme d'ameublement, il peut y avoir un stigmate qui va se refléter par rapport aux personnes qui l'utilisent. Dans un EHPAD, quels sont les meubles et les sièges que vous allez trouver ? **(Figure 3)** Et qu'est-ce que va dire le meuble par rapport à la personne qui va l'utiliser ? C'est un siège qui a un très beau revêtement vinyle, qui ne va pas prendre les odeurs, qui va être étanche et en gros ça dit de la personne qui est assise dessus, qu'elle est probablement incontinente, malade. Ce n'est pas très agréable par rapport à l'identité de la personne. En revanche si vous l'asseyez sur ce siège-là, elle va peut-être plus avoir une dimension de domicile. Donc l'apparence du mobilier va forcément avoir un impact aussi sur l'identité des personnes qui vont s'y trouver. Vous mettez quelqu'un sur un trône, c'est forcément un roi ; sur un fauteuil roulant, on est sur des personnes en situation de handicap, sur une chaise de bureau on se représente le cadre actif dynamique.

On peut parler aussi d'iatrogénie des environnements de soin, car ces environnements peuvent aussi avoir une incidence négative sur le bien-être et sur l'état de santé des personnes que l'on souhaite soigner. Pour illustrer ce propos d'un point de vue expérientiel, dans la situation de quelqu'un qui vit dans une unité spécifique, j'ai tout simplement demandé aux équipes avec lesquelles je travaillais combien de temps dans la journée prenaient les différentes activités **(Figure 4)**. Les soins, c'est entre $\frac{1}{2}$ heure et $\frac{3}{4}$ d'heure par jour, on peut se demander si compte tenu du temps passé, cela vaut réellement le coût qu'elle soit dans une unité de soin ? Les repas, c'est entre 1h30 et 2h par jour, petit-déjeuner, repas du midi, goûter, repas du soir ou de fin d'après-midi dans les EHPAD. Les activités, à peu près 1h par jour, cela dépend des jours, il y a des jours où il n'y a pas du tout d'activité et des jours où il y a 2h d'activités. La sieste qui est toujours un grand moment et le temps de sommeil la nuit qui se situe entre 5h et 6h pour des personnes qui sont âgées d'environ 80 ans. Qu'est-ce qu'il reste ? A peu près 12h d'attente. Alors je me suis demandé dans quel lieu, dans quel environnement, que nous fréquentons, pouvons-nous avoir une organisation à peu près similaire à celle-ci ? Et le lieu qui m'a paru le plus adapté finalement et qui reflétait le mieux ces environnements-là, c'est le vol long-courrier **(Figure 5)**. Pourquoi ? Parce que dans les vols long-courriers on partage l'espace avec des personnes que l'on n'a pas choisies. On nous attribue une place et puis nos voisins sont nos voisins, cela est relativement aléatoire, un peu comme les personnes qui vont dans une unité spécifique, on ne cherche pas à savoir s'ils ont envie d'aller dans cette unité spécifique et avec qui il ont envie d'y aller. Ensuite, on a un environnement qui est relativement confiné, on ne peut pas sortir de l'avion, on peut pas sortir faire un tour dehors pour s'aérer. Il y a un service à bord qui est relativement contraignant, on vous sert des repas à certaines heures, on vous dit de mettre la ceinture de sécurité à certains moments, on vous donne des petites serviettes pour faire votre toilette. Ce n'est pas vous qui choisissez toutes ces choses-là, vous êtes contraints dans l'organisation. Or, lorsque l'on observe les comportements dans les avions, on se rend

Impact des représentations sociales de la dépendance : ameublement et identité



Charras, K. & Cérèse, F. (2017). Etre chez-Soi en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et Société*, 39(1), 169-183. doi : 10.3917/gs1.152.0169

Séminaire doctoral PAVE - Kevin Charras

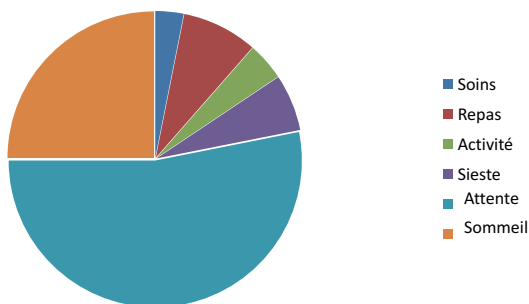
01/09/2017 28



Fig 3. Exemple de stigmates associés aux mobiliers . © K.Charras

Iatrogénie environnementale (1)

Journée type de 24 heures



Séminaire doctoral PAVE - Kevin Charras

01/09/2017 30



Fig 4. Répartition des activités dans une journée en EHPAD . © K.Charras

latrogénie environnementale (3)

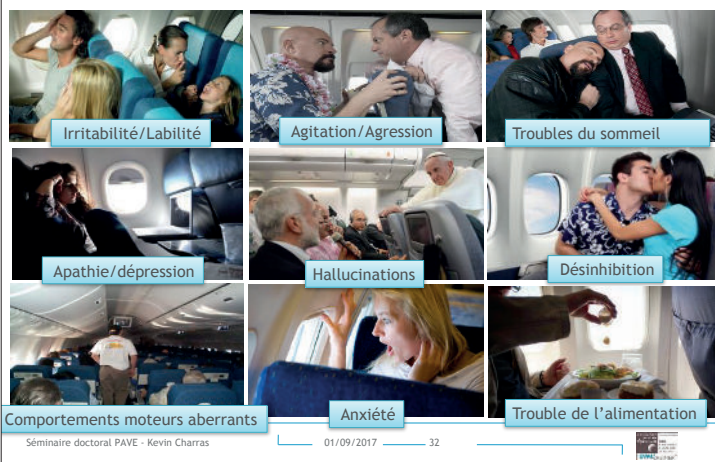


Fig 5. Comportements observés lors d'un vol long-courrier . © K.Charras

Attributs architecturaux contribuant à la survie

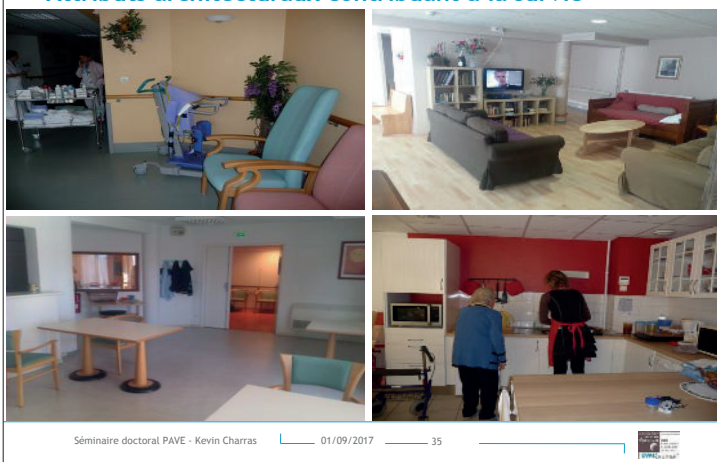


Fig 6. Aménagements d'une unité Alzheimer . © K.Charras

compte qu'il y a un grand nombre de comportements qui ressemblent aux comportements dits pathologiques qu'on retrouve dans les démences de type Alzheimer. Se retrouver à côté d'enfants qui sont en train de hurler, surtout quand ce n'est pas les siens, va engendrer une certaine irritabilité, une certaine sensibilité émotionnelle. Le fait d'être d'avoir une densité relativement importante, va entraîner des comportements d'agitation et d'agression qui vont être beaucoup plus importants. On observe aussi des personnes qui rentrent dans le moyen de transport et qui se mettent directement à dormir ou à l'inverse d'autres personnes qui n'arrivent pas du tout à fermer l'œil durant le vol. Il y a ces personnes qui ont décidé de prendre le roman qu'elles n'ont jamais réussi à lire, tout le travail qu'elles n'ont jamais trouvé le temps de faire, qui au bout d'½ heure en ont marre et regarde l'activité de l'avion se dérouler de façon un peu apathique, voire dépressive. On a également des personnes qui ont des comportements hallucinatoires, qui s'adressent aux hôtes et aux stewards en leur soutenant « J'ai fait un rêve prémonitoire, l'avion va s'écraser ». Dans ces cas-là, ils essaient de les calmer, leur demandent de ne surtout pas le dire tout haut afin ne pas créer de mouvement de panique, ils leur disent que tout va bien et les ramènent à leur siège en leur donnant une petite pilule pour qu'ils s'endorment. On voit aussi les gens qui ne se servent pas des toilettes à bon escient, et les gens qui ont des comportements moteurs aberrants, ce qu'on appelle la déambulation, qui vont faire le tour de l'avion 50 fois pendant tout le vol. Les hôtes et les stewards se disent que si on pouvait prévoir un couloir spécialement pour ces personnes-là ce serait bien parce qu'ils gênent le passage des chariots et ils deviennent une entrave à la bonne organisation du vol. On a des personnes qui, lorsqu'elles se rendent compte qu'elles sont à 30 000 pieds au-dessus de la terre ont une terrible angoisse et puis les personnes qui ont des troubles de l'alimentation. Dès lors qu'un plateau va passer, qu'on va leur proposer une petite collation, ils vont tout prendre tout ce qui va faire passer le temps. Ce dont on se rend compte, c'est que ces comportements ne sont finalement que des réactions à un environnement qui est perçu comme menaçant pour l'intégrité physique ou psychique. L'avion est le moyen de transport le plus sûr, mais dès lors qu'il se passe quelque chose dans un avion on a généralement peu de chance de s'en sortir, donc on va mettre en œuvre tous ces comportements pour faire face à ce potentiel danger. Dès lors qu'on descend sur le tarmac on va retrouver nos comportements normaux, ceux qui dans l'avion étaient les plus désinhibés seront les plus prudes, les plus agités seront les plus calmes, etc. Si on raisonne de manière logique, comme le formule Viktor Frankl³, on peut se dire qu'« une réaction anormale dans une situation anormale est en fait un comportement normal ». Il faut donc s'interroger sur l'environnement dans lequel la situation se déroule. Par conséquent, si on expose, de manière chronique, des gens à des environnements qui sont menaçants pour leur intégrité psychique, au bout d'un moment, va émerger un certain nombre de comportements qui vont devenir vraiment persistants. Alors ça pose aussi la question de ce qu'est un environnement capacitant, c'est à dire un environnement qui permette aux personnes d'avoir des comportements adaptés. Quand je montre cette photo aux gens, je leur demande si en cas de catastrophe majeure, dans quel environnement préféreraient-ils être, dans quel environnement préféreraient-ils se trouver s'ils devaient être confinés ? **(Figure**

³ Viktor Frankl est un professeur autrichien de neurologie et de psychiatrie. Il est le créateur d'une nouvelle thérapie, qu'il baptise logothérapie, qui prend en compte le besoin de « sens » et la dimension spirituelle de la personne.

6). Tout le monde me répond à l'unanimité les deux photos de droite et personne ne choisit les deux photos de gauche alors que les deux sont des unités spécifiques Alzheimer. Alors pourquoi se dirige-t-on plutôt vers des environnements domestiques ? Ce sont des situations qui sont réconfortantes, pour lesquelles on a un usage familial, c'est un territoire qui est maîtrisable. Cela fait surtout appel à des mécanismes cognitifs qui sont quasi automatiques chez les personnes, tout le monde sait vivre dans une maison, tout le monde connaît le fonctionnement d'une maison, et par conséquent, donner un caractère domestique à un lieu va permettre aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer de retrouver un certain nombre de comportements. Cela nous fait observer que l'environnement peut permettre de trouver un certain équilibre, ce qui nous renvoie au concept d'homéostasie de Claude Bernard⁴ et aux processus qui ont lieu. Il s'agit donc de trouver le moyen de faire face à un lieu qui est stressant pour pouvoir nous adapter et ainsi parvenir à un équilibre. C'est ce qui va définir l'allostase, soit le processus, ici nos comportements, ramenant un organisme à son équilibre interne. Les comportements allostatiques vont être défiés par une charge allostatique, c'est à dire une quantité de stress de l'environnement. En d'autres termes pour trouver un équilibre allostatique, on doit avoir un équilibre entre la charge allostatique et nos aptitudes à faire face à une situation. Par conséquent on va avoir des environnements avec une valeur homéostatique qui sera faible comme l'avion et donc incapacitant et qui va nous mener à un certain nombre de comportements inadaptés. A l'inverse, on va avoir des environnements avec une valeur homéostatique forte qui va nous permettre d'avoir un certain nombre de comportements permettant de nous adapter à un environnement en jeu.

En ce référent à l'ensemble des éléments que je viens d'exposer, nous avons imaginé un cadre de travail au sein duquel la première question que l'on pose aux équipes est de savoir si on se trouve sur un espace de travail, dans lequel il y a des personnes qui vivent ou à l'inverse dans un espace de vie dans lequel des personnes travaillent. Cela nous permet d'avoir un continuum qui va opposer lieu de travail, dans lequel on va clairement avoir l'hôpital, à l'habitat, dans lequel on va plutôt retrouver les caractéristiques du domicile. Nous avons déterminé 6 dimensions environnementales dont l'objectif est de tout faire pour favoriser l'appropriation de l'espace par les résidents. Cela passe par la cohésion sociale par l'espace, par la structuration de l'espace, par l'ambiance domestique qui va être retranscrite dans les différents espaces, par les différents espaces d'intimité... Tout cela, dans le but de comprendre comment on peut exercer une mission de soins et d'accompagnement en adéquation avec l'aménagement de ces lieux-là. »

⁴ L'homéostasie correspond à la capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur, quelles que soient les contraintes externes. À l'échelle d'un organisme par exemple, il s'agit de l'ensemble des paramètres devant rester constants ou s'adapter à des besoins spécifiques, comme la température corporelle, la glycémie, la pression sanguine ou le rythme cardiaque. Le concept de l'homéostasie aurait été évoqué pour la première fois en 1865 par le médecin et physiologiste français Claude Bernard dans son ouvrage intitulé *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

LAWTON MP, NAHEMOW L. « Ecology and the aging process », in EISDORFER Carl., Lawton P. (dir.), *The psychology of adult development and aging* (dir.), Washington, DC, États-Unis, American Psychological Association, 1973, pages 619 à 674

BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865, 351 pages

POUR ALLER PLUS LOIN

Charras Kevin et Cérèse Fany, « Etre «chez-soi» en EHPAD: domestiquer l'institution », *Gérontologie et société*, vol 39, n°152, 2017, pages 169 à 183.

PRÉSENTATION DU VILLAGE LANDAIS ALZHEIMER

FRANCIS LACOSTE ET TIPHAINE CHATTON

Francis Lacoste est directeur de la Solidarité du Département des Landes et directeur du GIP Village Landais Alzheimer et Tiphaine Chatton est chargée de mission Village Landais Alzheimer.



Francis Lacoste - © J.Clerc

Tiphaine Chatton et Francis Lacoste, présentent au travers de leur intervention le projet innovant de Village Alzheimer porté, entre autres, par le département des Landes. Ils abordent ainsi les volontés politiques et enjeux locaux ayant conduit à l'émergence du projet, issue notamment de la découverte du village Alzheimer Hogewey situé à Weesp près d'Amsterdam aux Pays-Bas. Dans une deuxième partie, ils reviennent sur la transposition architecturale et programmatique du projet qui prendra forme, dès juin 2018, dans la commune de Dax située dans le département des Landes.

« Ce projet de village est parti de la lecture, en novembre 2013, d'un article dans le Monde, un article d'une page qui présentait une expérience au sud d'Amsterdam. Le président du Conseil Départemental de l'époque, Henri Emmanuelli a envoyé une délégation sur place. Pourquoi ? Parce qu'on a toujours des besoins à satisfaire dans le département et puis parce qu'on pensait qu'il fallait innover, qu'il fallait essayer de faire autre chose dans l'accompagnement des personnes âgées. Nos EHPAD classiques ont rendu service et rendent toujours service à l'heure actuelle, notamment avec les unités Alzheimer et les PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) mais on pensait, et on le pense toujours, qu'il fallait essayer autre chose notamment dans la prise en charge de cette maladie. Nous sommes donc partis là-bas avec, notamment, Michel Laforcade, le directeur général de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et nous avons été assez surpris de ce que nous avons découvert. Au cours d'une visite d'une journée, qui ne nous a pas vraiment permis d'approfondir les choses, nous avons malgré tout relevé deux ou trois points qui nous ont interrogés. Le premier c'est qu'il y avait un « taux de blancs » qui était de zéro, pas une blouse blanche dans cet établissement. Le second c'est qu'il n'y avait pas une seule télévision allumée, dans aucune pièce, et c'est quelque chose d'assez surprenant par rapport à nos maisons de retraite ou à nos EHPAD classiques, bien que je parle uniquement par rapport à ce que je connais dans les Landes. Dernier point, en France les directeurs d'établissement sont souvent contents de nous présenter leurs chambres. La chambre c'est le super lieu, le lit ne peut pas brûler, il y a des toilettes, ça fait 24 ou 25 m², c'est super ! Et là-bas en définitive, les chambres ne sont pas centrales, on y dort mais il y a surtout des espaces de vie, des espaces de vie structurés et c'était ce que les gens nous faisaient visiter en premier, ils insistaient beaucoup sur ce lieu. La vie se déroule comme dans un village, avec des commerces et des activités et des quartiers. Ces quartiers sont répartis selon des modes de vie, souvent assimilés aux classes sociales, aux métiers ou aux façons dont les gens vivaient, il y avait donc la *upper class*, la classe sociale élevée, la bourgeoisie, un quartier plutôt pour les indonésiens, un pour les ruraux, une différenciation donc selon les groupes sociaux ou les classes sociales. A notre retour, on a souhaité faire quelques travaux complémentaires et nous avons mandaté le CREAI¹, parce que nous étions convaincus qu'il fallait tester cette approche. Après un travail avec le Ministère et l'ARS, nous avons eu les autorisations administratives nécessaires pour se lancer dans ce projet. Le principe de base est, qu'au-delà de l'architecture, sur laquelle nous allons revenir, on souhaite avoir un fonctionnement différent, se dire que l'on va continuer dans cet établissement, dans ce lieu, sa vie d'avant. La vie va se poursuivre et on va la retrouver au sein du village, dans les animations, avec des stimulations pour ceux qui le souhaitent mais aussi en respectant

1 Le Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations d'Aquitaine a été mandaté par le conseil départemental des Landes afin d'effectuer une étude préalable à la réalisation du projet.

ceux qui ne veulent rien faire ou faire autre chose lorsqu'ils sont en capacité de l'exprimer, et tout cela va motiver à la fois l'architecture mais aussi le déroulement de la journée. Cette vie va s'articuler autour d'un personnel soignant et autour de bénévoles, ce qui est un point important dans le fonctionnement du village puisqu'aujourd'hui on aurait 120 résidents, 120 membres du personnel donc 120 salariés et 120 bénévoles. On va essayer de faire en sorte que ces bénévoles en les structurant, apportent la vie dans l'établissement et qu'ils puissent eux aussi accompagner les résidents à l'extérieur comme ce que l'on a pu voir à Amsterdam. L'exemple qui me vient souvent, c'est qu'à Amsterdam il y a un club de foot qui s'appelle l'AJAX d'Amsterdam, et le club de supporters de l'AJAX vient à chaque match chercher 4 ou 5 résidents, amateurs de foot pour les amener avec eux voir le match et c'est ainsi de suite une série de petites animations qui ne concernent pas forcément beaucoup de monde mais qui font vivre ce village. Donc le principe c'est bien celui-ci, on a la vie qui continue pour ces 120 personnes au sein de 4 grands quartiers. Chaque quartier pour nous ne va pas représenter une classe sociale, ce n'est pas forcément adapté au tempérament français mais on va essayer de regrouper les gens par affinité. On a donc choisi de partir sur la géographie des petits modes de vie qui existent dans les Landes, puisqu'il y a plusieurs spécificités géographiques dans le département que ce soit la côte, la Chalosse, ou ceux qui habitent dans les villes. On va donc essayer de trouver des modes de vie un peu différents dans chaque quartier. L'autre point important c'est que ce village va devoir être bien intégré dans la ville de Dax. On va donc développer dans la ville une approche *dementia friendly*, c'est à dire l'idée d'adapter la société à l'accueil des personnes présentant ces difficultés, donc il y a un gros travail qui va être fait là-dessus dans la cité elle-même. En termes de supervision, nous allons avoir la structure juridique d'un groupement d'intérêt public qui va gérer le village avec notamment le soutien d'associations comme France Alzheimer, France Parkinson, Génération Mouvement ou l'UDAF (Union Nationale des Associations Familiales) . Il y aura également différents comités au sein de cette structure, notamment un comité d'éthique, qui sera chargé de veiller sur toutes les pratiques, sur toutes les réflexions concernant la prise en charge des personnes. On va essayer également de favoriser la recherche sur les effets de ce type d'accompagnement qui, vous l'aurez bien compris, sera moins médicamenteux que les accompagnements classiques. L'idée de ce projet c'est tout ça, c'est la poursuite de la vie dans un environnement sécurisé qui, on l'espère, sera meilleur pour les résidents et pour leur famille.

Nous allons maintenant voir la manière dont ce projet s'est traduit d'un point de vue architectural. En termes d'intégration, on est vraiment dans le tissu urbain de la ville de Dax, il y a donc tout un travail qui est fait avec le territoire et ses acteurs, sur l'intégration du village dans la ville et en particulier sur les équipements. Le terrain est accolé à un lotissement et le paysage y est assez intéressant, assez boisé au sud, c'est un beau terrain situé le long de la rocade. L'idée, qui avait été donnée aux architectes pour le concours, est qu'il fallait que le projet ressemble à un village (**Figure 1**), qu'il y ait une place, qu'il y ait des services, qu'il y ait des commerces, qu'il y ait une signalétique, qu'on proscrive tout élément qui rappelle l'hôpital, que tout soit adapté, que tous les cheminements, les repérages soient faits relativement facilement. Il fallait que ce soit à la fois sécurisé mais ouvert sur l'extérieur (**Figure 2**), c'est à dire que non seulement les personnes bénévoles puissent venir mais aussi les personnes extérieures, que les habitants du quartier puissent

La bastide : cœur de village animé, convivial, ouvert à tous



Source : Champagnat & Grégoire / Nord Architects, Esquisse, 2016

Fig 1. Traduction architecturale de l'idée de village . © Département des Landes

Vue d'ensemble du Village landais Alzheimer



- 5 hectares environ
- **10 000 m² SDP au total**
- 16 maisons de 300 m²
- 1 restaurant
- 1 médiathèque
- 1 auditorium
- 1 pôle médical
- 1 hébergement stagiaires et aidants (10 studios)
- 3 commerces
- Un jardin paysager
- Un potager / mini-ferme

Source : Champagnat & Grégoire / Nord Architects, Notice architecturale, 2016

Fig 2. Plan masse du Village Landais Alzheimer . © Département des Landes

utiliser facilement les équipements. En termes d'équipement on a donc une médiathèque et un auditorium avec 80 places assises, qui sont les plus visibles depuis l'entrée car les plus accessibles à tout public, mais aussi un restaurant, une petite supérette, un cabinet médical et un coiffeur. Si les équipements type commerces ont techniquement vocation à être ouvert au grand public, la médiathèque est, quant à elle, un équipement de la ville de Dax, c'est un projet en partenariat avec la médiathèque départementale des Landes. Il y a une véritable réflexion sur la médiathèque, avec un financement de la DRAC (Direction Régionale des Affaires Culturelles) sur la manière dont on peut rendre accessible une collection, un média à des personnes avec des troubles cognitifs mais aussi sur la manière dont on fait se rencontrer les publics. Il était aussi primordial qu'en termes d'organisation cela fonctionne pour le personnel. L'équipe qui a été retenue est une équipe pluridisciplinaire avec en chef de file l'architecte Nathalie Grégoire, du cabinet Champagnat&Grégoire, qui a donc travaillé avec une agence danoise, Nord Architect. Ils se sont inspirés du principe et de l'organisation d'une Bastide avec un seul point d'entrée ce qui permet déjà de sécuriser sans donner une impression d'enfermement, sachant que la fermeture se fait par une vraie clôture mais complétée par des arbres et des arbustes. Le site fait environ 5 hectares dont environ 10 000 m² d'espaces construits. Tous les commerces et services sont regroupés dans la Bastide avec un R+1 au niveau de la façade lorsqu'on arrive depuis le parking. Le choix a été fait d'avoir des maisons relativement ouvertes, l'idée étant que les bénévoles puissent venir partager un repas ou aider à préparer des choses. En revanche tout ce qui est maintenance et préparation de la cuisine collective se fera dans une zone spéciale pour séparer les fluides et on mettra en place un système de petites navettes qui permettra de venir apporter les repas et qui rythmera aussi la journée. On a tout un travail sur les revêtements, sur les mobiliers, sur les couleurs grâce notamment au travail d'une coloriste dans l'équipe afin de rendre des espaces plus attractifs que d'autres. Chaque quartier - Côte Atlantique, Chalosse, Bas-Armagnac et Haute-Landes - sera associé à une couleur et à une signalétique avec des repères visuels assez forts (**Figure 3**). En ce qui concerne la surveillance, visuelle et auditive, on a essayé de faire des systèmes très peu visibles, avec des alertes sonores dans les chambres en cas de problème mais pas forcément de poste de surveillance. On a donc fait appel aux nouvelles technologies pour nous aider dans cette organisation, le site étant très étendu, on a un personnel assez important mais qui ne pourra malgré tout pas surveiller tout le monde. L'idée est vraiment de sécuriser sans enfermer et d'avoir des dispositifs particulièrement discrets de surveillance. En termes d'accès, on a ceux pour les personnes bénévoles et les visiteurs et ceux pour les livraisons et le personnel technique. On va aussi avoir des accès piétons pour aller en ville et rejoindre l'arrêt de bus situé à proximité. On a tout un travail sur les cheminements avec beaucoup de cheminements extérieurs pour pouvoir se balader. Sachant que les personnes vont être laissées relativement libres, le travail est plus de sécuriser l'environnement - que les cheminements ne soient pas glissants, qu'ils soient visibles, que les personnes puissent se reposer quand ils en ont besoin - mais qu'à l'intérieur de ces 5 hectares elles ne soient pas surveillées en permanence. Les endroits où ils ne peuvent pas aller seront cachés par de la végétation, ou par des couleurs un peu répulsives pour eux mais en tout cas la liberté est conservée. En ce qui concerne les matériaux, on a privilégié des ressources locales notamment le bois qui est très présent dans les Landes, donc il y aura beaucoup de bardage bois et, pour la Bastide, du béton apparent. Il y a un gros travail aussi paysager qui va être mis en œuvre. On a un grand parc



Fig 3. Présentation du quartier Côte Atlantique . © Département des Landes



Source : Champagnat & Grégoire / Nord Architects, Esquisse, 2016

Fig 4. Travail de la nature . © Département des Landes

paysager, avec l'utilisation de la nature comme outil thérapeutique, de petites passerelles au-dessus des plans d'eau. L'idée est aussi de retrouver des sensations, le paysagiste a beaucoup réfléchi à garder du vert mais aussi à avoir des essences qui vont vraiment donner à voir le fil des saisons, sentir le vent, sentir la pluie, ne pas être complètement coupé des sensations **(Figure 4)**. Si on s'intéresse maintenant aux maisons, l'idée principale est d'avoir des lieux de sociabilité, où on peut faire des choses ensemble – manger, faire des activités – mais aussi avoir son espace à soi, que l'on peut éventuellement aménager avec ses meubles ou le décorer comme on le souhaite. L'espace de vie se compose donc d'une cuisine, d'une salle à manger et d'un salon ; après il y a un couloir derrière qui permet d'accéder aux chambres, et ce couloir est assez large et fait de manière conviviale de façon à ce qu'on n'ait pas une impression d'enfermement. Chaque chambre est très individualisée avec des petites attentions qui ont été réfléchies avec les architectes pour avoir des niches à l'entrée avec quelques objets personnels ou des choses pour se repérer. Ensuite chaque quartier a une petite place également dans laquelle les habitants pourront faire leurs petites plantations.

Juste un dernier point sur l'investissement, on est aux alentours de 29 millions d'euros TTC donc ce n'est pas rien mais dedans il y a les équipements dont on parlait tout à l'heure notamment la médiathèque. On n'est pas dans de l'hébergement classique, il y a la vie du village autour donc sur ces 27 millions d'euros, il nous en faut à peu près la moitié en subventions, pour au final sortir un prix de journée hébergement d'environ 60 euros ce qui est faible par rapport à la région et ce qui est moyen dans les Landes. La première pierre sera posée en juin 2018 et l'ouverture est prévue début 2020. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

KRÉMER Pascale, « Alzheimer, une vie presque ordinaire », *Le Monde*, 13 novembre 2013, disponible en ligne sur https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/11/13/alzheimer-une-vie-presque-ordinaire_3513166_1651302.html

POUR ALLER PLUS LOIN

<https://villagealzheimer.landes.fr/>

<https://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>

This image shows a full page of a document template designed for handwriting practice. It consists of approximately 28 evenly spaced horizontal dotted lines across the entire width of the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no margins, text, or other markings present.

[illegible]

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



**Forum
urbain**
Centre d'innovation
sociétale sur la ville

