

DE LA CHAMBRE AU VOISINAGE

soutenir la participation sociale des aînés non autonomes d'un CHSLD de Montmagny

Essai (projet) soumis en vue de l'obtention du grade M.arch

Vanessa Raymond

Superviseure : Madame Carole Després

Direction de programme : Pierre Côté _____

École d'architecture

Université Laval

2013

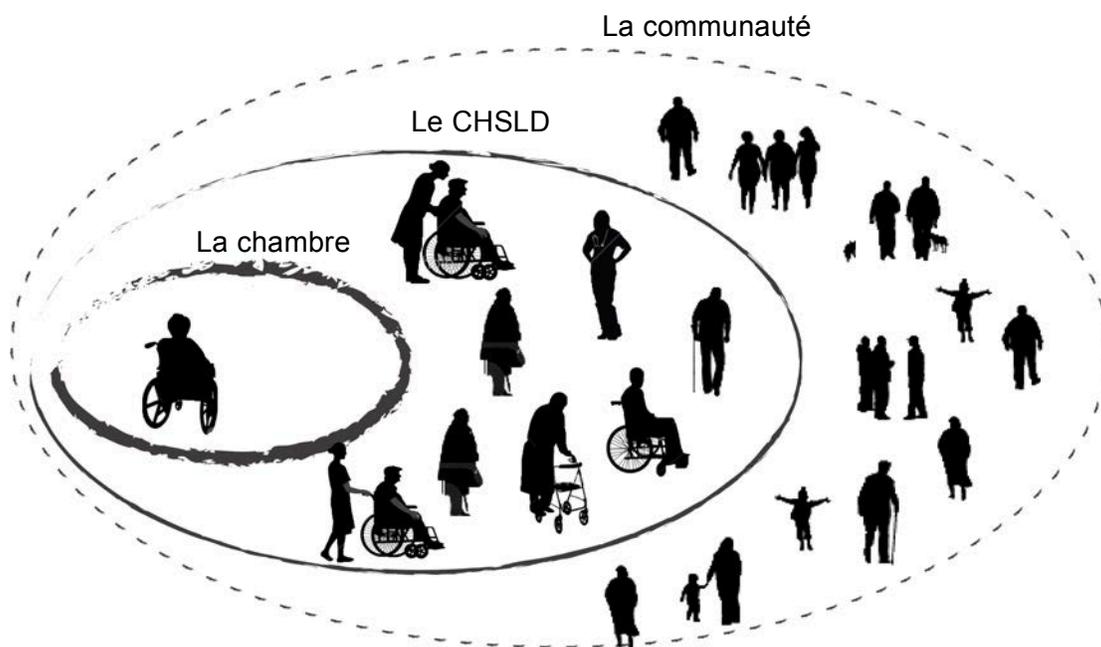


Figure 1: Schéma conceptuel de l'essai (projet) _ L'individu, de la chambre au voisinage

DE LA CHAMBRE AU VOISINAGE

soutenir la participation sociale des aînés non autonomes dans un CHSLD de Montmagny

Peu adaptés aux besoins particuliers des diverses clientèles pouvant y habiter, les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) sont davantage conçus pour répondre à des normes gouvernementales strictes et aux besoins du personnel. Cet essai (projet) se veut une réflexion critique sur l'environnement physique qu'offrent ces bâtiments. Le projet propose la conception d'un modèle innovant et alternatif qui se base sur le concept de «milieu de vie» présentement en développement au Québec. Les besoins des résidents sont positionnés au cœur de la démarche de recherche-crédation. Comment offrir à ces résidents un environnement physique favorisant l'intimité et le contrôle des interactions sociales? De quelle façon le bâtiment peut-il les encourager à maintenir leur participation sociale et leur autonomie en plus de favoriser un contact avec la communauté? Le projet est localisé dans la municipalité de Montmagny sur un site privilégié pour la construction d'un éventuel CHSLD.

MEMBRES DU JURY

Carole Després, professeure à l'École d'architecture de l'Université Laval

François Dufaux, professeur à l'École d'architecture de l'Université Laval

France Laberge, architecte chez Topo planification

Jocelyn Robert, professeur et directeur de l'École des arts visuels de l'Université Laval

AVANT-PROPOS

J'aimerais tout d'abord remercier ma superviseure madame Carole Després. Merci pour votre grande patience et les heures que vous m'avez données. Votre passion est contagieuse et ma session avec vous clôt en beauté mon parcours universitaire.

Merci également à mesdames Kathleen Paquet du CSSS Chaudière-Appalaches et Nancy Pelletier du CSSS Manicouagan.

Merci à mes parents. Merci pour votre appui inconditionnel. À ma sœur, mon mentor, mon modèle. Merci pour ton éternelle écoute et tes judicieux conseils. À mon amoureux, je sais que ça n'a pas toujours été facile de côtoyer une étudiante en architecture. Merci pour ta compréhension, ta patience et ton écoute continue. À Éric, sans qui je ne serais pas encore ici aujourd'hui. À Marie-Josée et Andrée-Anne, amies fidèles très importantes dans ma vie. Merci les filles de m'avoir endurée 5 grosses années de près comme de loin.

Finalement, merci à ma grand-mère, mon inspiration, qui, malgré son absence m'a accompagnée tout au long de cette étape et à qui je dédie ce travail.

TABLE DES MATIERES

Résumé	i
Membres du jury	ii
Avant-propos	ii
Table des matières	iii
Liste des figures	v
0. INTRODUCTION	1
1. LA SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC	2
1.1. L'état du vieillissement	2
1.2. Les institutions pour personnes âgées non autonomes	2
1.3. Les besoins de la clientèle	3
2. LE CADRE BÂTI COMME SUPPORT AUX INTERACTIONS ET À LA PARTICIPATION SOCIALES	3
2.1. Les bienfaits de l'interaction et de la participation sociale sur l'épanouissement d'un individu	4
2.2. La relation personne / milieu	5
2.3. Moyens architecturaux pour soutenir les interactions sociales	6
3. LE MILIEU BÂTI COMME SUPPORT AU MAINTIEN DE L'INTIMITÉ	7
3.1. La notion d'intimité selon Altman	7
3.2. L'importance d'un contrôle de l'intimité dans l'épanouissement d'un individu	8
3.3. Moyens architecturaux de contrôle de l'intimité	9
4. RECRÉER UN « CHEZ-SOI » EN HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES	10
4.1. Notion de « chez-soi » ou d'habitat	10
4.2. L'environnement comme support à l'expérience du « chez-soi »	11
5. LA NOUVELLE MAISON D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES NÉCESSITANT DES SOINS DE LONGUE DURÉE	12
5.1. Objectifs de l'essai	12

5.1.1. Question de recherche	13
5.1.2. Mission, enjeux et objectifs	13
5.2. Démarche méthodologique	14
5.2.1. Analyse de précédents	14
5.2.2. Observations	22
5.3. La commande	23
5.4. Présentation du programme architectural	25
5.5. Description du projet	26
5.5.1. Distribution programmatique des fonctions dans le bâtiment	26
5.5.2. Objectif 1 _ Ramener l'échelle du CHSLD à celle d'une architecture plus résidentielle	28
5.5.3. Objectif 2 _ Soutenir la participation sociale et les échanges sociaux des aînés	29
5.5.4. Objectif 3 _ Soutenir l'intimité du résident et favoriser la récréation du chez-soi	30
6. CONCLUSION	31
6.1 Retour sur l'essai (projet)	31
6.2 Conclusion	33
7. BIBLIOGRAPHIE	34
8. ANNEXE	37
8.1. Annexe 1 _ Planches de présentation finale projet d'architecture	37
8.2. Annexe 2 _ Caractéristiques des clientèles de CHSLD	40
8.3. Annexe 3 _ Analyse des hauteurs	42
8.4. Annexe 4 _ Programme du projet	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1 _ Schéma conceptuel de l'essai (projet)	i
Figure 2 _ Croissance relative de la population des 65-79 ans et des 80 ans et plus selon divers scénarios d'espérance de vie. Québec 2006-2056	2
Figure 3 _ Pyramide des besoins fondamentaux de Maslow (2011)	4
Figure 4 _ Plan du CHSLD N.A.-Labrie, Baie-Comeau	15
Figure 5 _ Plan maison d'hébergement, Saint-Eugène	15
Figure 6 _ Analyse CHSLD N.A.-Labrie	17
Figure 7 _ Analyse maison d'hébergement Saint-Eugène	18
Figure 8 _ Analyse St-Josefshauss	19
Figure 9 _ Analyse Centre Caritas	20
Figure 10 _ Analyse Mornington Center	21
Figure 11 _ Vue aérienne du site choisi	23
Figure 12 _ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	23
Figure 13 _ Photos de site	24
Figure 14 _ Schéma d'implantation _ Perméabilité	25
Figure 15 _ Schéma d'implantation _ Densification	25
Figure 16 _ Axonométrie programmatique	27
Figure 17 _ Vue extérieure projet	28
Figure 18 _ Vue intérieure _ Salon et salle à manger	28
Figure 19 _ Hall d'entrée	30
Figure 20 _ Hall deuxième étage	30
Figure 21 _ Alcôve	30
Figure 22 _ Axonométrie _ Maisonnée	30
Figure 23 _ Entrée d'une maisonnée	31
Figure 24 _ Axonométrie _ Chambres types	31

INTRODUCTION

Cet essai (projet) propose une réflexion sur l'environnement physique offert dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) actuels. Le but du projet est de repenser l'environnement physique de ces établissements, en se basant sur le concept alternatif de maison d'hébergement afin d'offrir aux résidents un milieu de vie stimulant. Le projet propose une variété d'espaces de sociabilité, encourageant les échanges entre résidents, avec le personnel et avec les visiteurs, tout en leur fournissant un espace de vie personnel leur permettant d'avoir les moments d'intimité nécessaires à leur bien-être. Le projet s'implante dans la municipalité de Montmagny. Le site se retrouve au cœur d'un quartier résidentiel, à proximité de différents services. L'implantation sera faite de sorte que des interactions avec la communauté soient possibles pour ainsi permettre un contact multigénérationnel. Dans le but d'identifier des pistes d'aménagement porteuses en vue des objectifs, une revue de projets exemplaires est nécessaire afin de comprendre l'organisation qui facilitera l'harmonie entre lieux intimes et lieux de sociabilité. Les défis principaux de ce projet sont entre autres de concevoir une résidence pour personnes âgées non autonomes de 86 résidents en conservant une échelle domestique, de soutenir la participation sociale des résidents, de valoriser le site choisi afin d'en faire un pôle d'activités et de rencontres dans le quartier. Afin de comprendre comment les objectifs fixés ont été atteints, une recension de lectures ciblant les principaux enjeux du projet (l'intimité, les interactions et la participation sociales et l'importance du chez-soi) est présentée. La démarche de recherche-crédation ainsi que le projet proprement dit suivent. L'essai se termine par un retour critique sur la démarche et son résultat afin de comprendre les points forts et les limites de cet essai (projet).

1.1. L'état du vieillissement au Québec

Depuis plusieurs années, la population québécoise voit son nombre de personnes âgées augmenter (Choinière, 2010). Compte tenu du vieillissement de la génération des baby-boomers et de l'amélioration de l'espérance de vie, ce nombre ira en croissant considérablement dans les prochaines années tel qu'illustré à la figure 2 (Choinière, 2010). En plus d'avoir déjà 4000 personnes en attente d'une place (Sansfaçon, 2012), cette augmentation de l'espérance de vie aura un impact direct sur la demande d'hébergement en CHSLD.

Croissance relative de la population des 65-79 ans et des 80 ans et plus selon divers scénarios d'espérance de vie, Québec, 2006-2056

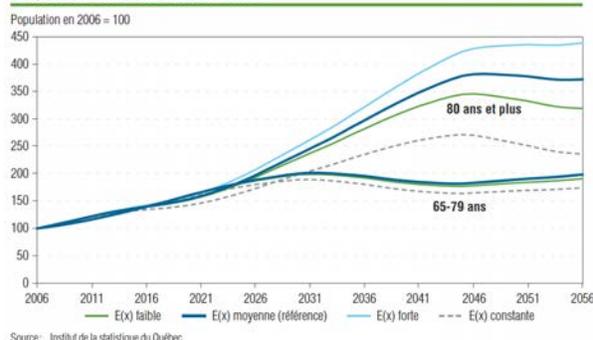


Figure 2: Croissance relative de la population des 65-79 ans et des 80 ans et plus selon divers scénarios d'espérance de vie. Québec 2006-2056
Source : Institut de la statistique du Québec

« [...] la hausse de l'espérance de vie serait accompagnée d'une période plus longue de maladie ou d'incapacité à la fin de la vie, causée par une amélioration des taux de survie des personnes malades et par une augmentation des maladies liées au vieillissement comme la démence et l'Alzheimer » (Choinière, 2010)

1.2. Les institutions pour personnes âgées non autonomes

Au Québec, les CHSLD habituels possèdent une organisation spatiale fonctionnant autour de 40 résidents. En 2008, le CSSS de Montmagny-l'Islet a annoncé la construction de deux maisons d'hébergement dans les petites municipalités de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue. Ces bâtiments proposaient un concept novateur s'organisant autour de groupes de huit (8) résidents pour un total de trente-deux (32). Ceci permettait, entre autres, de réduire l'échelle des pièces afin d'offrir aux personnes âgées un milieu de vie se rapprochant de celui de leur résidence antérieure (CSSS Montmagny-L'Islet, 2008). Cette réflexion émergente sur la façon d'héberger les personnes âgées permet de se questionner sur ce que la population québécoise désire offrir à ses aînés comme dernier hébergement. Est-il possible d'offrir un environnement plus

intéressant et stimulant au niveau humain et expérientiel tout en respectant les contraintes techniques et logistiques associées à un milieu de soins de santé spécialisé?

1.3. Les besoins de la clientèle

Malgré leur âge avancé qu'elles ont en commun, les clientèles des CHSLD sont assez variées. (voir la description détaillée des clientèles des CHSLD en annexe 2). À la base, il s'agit des résidents âgés qui nécessitent de l'aide afin d'effectuer les tâches de la vie quotidienne. De plus, ces résidents peuvent présenter différents problèmes de santé au niveau physique (difficulté de mobilité) ou cognitif (démence, maladie d'Alzheimer, etc.). La clientèle présentant des problèmes au niveau physique a besoin d'un environnement accessible et bien adapté à sa condition physique conçu afin de l'aider à se déplacer le plus facilement possible avec le moins d'obstacles possible. La démence se manifeste par la présence de différents symptômes tels que la perte progressive des capacités intellectuelles, la perte de la mémoire, la perte de jugement et finalement la confusion causant des troubles de personnalité (Calkins, 1988). Compte tenu de l'espérance de vie qui augmente, le nombre d'aînés qui aura des problèmes au niveau cognitif augmentera inévitablement lui aussi (Choinière, 2010). Cette clientèle est d'ailleurs de plus en plus présente dans les résidences et ses besoins sont variés et spécifiques. Contrairement aux aînés souffrant de limitations physiques, cette clientèle est le plus souvent autonome dans ses déplacements. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont un grand besoin d'errer. Leur environnement doit leur permettre de marcher en minimisant les risques de fugues (ASSTSAS, 2002).

LE CADRE BÂTI COMME SUPPORT AUX INTERACTIONS ET À LA PARTICIPATION SOCIALES

Selon Raymond et al. (2008) la participation sociale se mesure à trois niveaux:

- 1) Le fonctionnement dans la vie quotidienne: « participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.). »
- 2) Les interactions sociales : « se réaliser dans des situations d'interactions sociales, qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou d'activités hors du domicile. »

3) Le réseau social: « faire partie d'un réseau d'interrelations présentant un minimum de stabilité et de réciprocité, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage. [...] » (Raymond, 2008 : VIII)

Ainsi, afin de conserver les personnes âgées actives socialement, il est primordial, lors de la conception d'hébergement pour aînés, de créer un environnement bâti qui leur permettra d'être autonomes et de socialiser autant avec les autres résidents que la communauté environnante. La prochaine section traite de l'influence des interactions sociales sur le bien-être des individus. De plus, la relation de l'individu avec son environnement est expliquée afin de comprendre comment l'environnement peut soutenir ces interactions sociales et soutenir l'épanouissement des individus.

2.1. Les bienfaits de l'interaction et de la participation sociale sur l'épanouissement d'un individu

Dans son ouvrage, *Humaniser la vieillesse*, Dubé (2006) explique les bienfaits pouvant être tirés des interactions sociales, d'un maintien d'une autonomie et de la participation sociale des aînés. Elle soutient que la participation sociale répond aux besoins humains fondamentaux identifiés par le psychologue Maslow (figure 3). Pour permettre l'épanouissement de l'individu et son bien-être ainsi qu'un fonctionnement optimal de sa santé physique et mentale,



Figure 3: Pyramide des besoins fondamentaux de Maslow (2011)
Source : <http://www.definitions-marketing.com/Definition-Pyramide-de-Maslow>

chacun des besoins fondamentaux doit être comblé. Par exemple, l'encouragement des interactions sociales permet de combler des besoins sociaux ; offrir un cadre bâti qui contribue au maintien de l'autonomie permet de combler des besoins d'estime de soi et d'accomplissement personnel. Enfin, Dubé (2006) ajoute que la définition d'un « sens de la vie » est primordiale dans l'épanouissement d'un individu. Il consiste en un but à réaliser ou des tâches à accomplir choisies en fonction des capacités de chacun. Il permet à l'individu de trouver une motivation à sa vie. L'environnement doit soutenir cette recherche de « sens de la vie » afin de permettre son épanouissement. La participation sociale permettrait ainsi de

maintenir la personne âgée lucide le plus longtemps possible et ainsi favoriser son épanouissement (Dubé, 2006). Victor Regnier (2001) soutient qu'un environnement qui permet aux résidents en perte d'autonomie de faire seuls certains choix et d'effectuer certaines tâches, comme préparer leur déjeuner, leur procure un sentiment de contrôle sur leur vie. De cette façon, ils éprouvent une plus grande satisfaction face à leur nouvelle vie et l'adaptation se voit facilitée, renforçant ainsi leur estime personnelle. Un cadre bâti qui soutient un certain niveau d'autonomie et de participation sociale permet aux personnes âgées de maintenir le plus longtemps possible les capacités physiques et cognitives qui leur restent (Cohen, 1991 ; Dilani, 2005). En effet, si certains aînés arrivent en hébergement avec de bonnes capacités physiques, un environnement physique limitatif les empêchera de les utiliser et contribuera à la détérioration de leur état. Garder les individus actifs le plus longtemps possible permet de ne pas accélérer la perte de leur capacité (Cohen, 1991).

La vie sociale des aînés se concentre principalement autour des relations familiales et de voisinage (Dehan, 2007). En déménageant dans une résidence pour personnes âgées, ce rapport social est transformé de manière parfois radicale, ne serait-ce que par l'éloignement physique des proches, mais aussi par un cadre bâti totalement différent. Afin de contrer la dépression liée à la perte de certains repères, le niveau milieu de vie doit encourager les échanges sociaux et favoriser la création de nouvelles amitiés (Regnier, 2002). Permettre ces interactions, c'est offrir la possibilité aux résidents d'aborder certains sujets qui les touchent ou problèmes qui les préoccupent. En plus de les soulager en le permettant de verbaliser leurs inquiétudes, cela peut mener à créer des liens forts pouvant aller jusqu'à la création d'une deuxième « famille ».

2.2. La relation personne / milieu

Dans la création de milieux bâtis, il est primordial de réfléchir à la relation qu'entretient l'individu avec le cadre physique qui l'entoure et ainsi comprendre les interactions qui existent entre eux. Le psychologue social Fischer (1997) affirme que les êtres humains organisent leur milieu à leur manière selon leurs valeurs, leur éducation ou des normes sociales. Ce milieu ainsi organisé et personnalisé influencera en retour leurs comportements. L'individu et le cadre bâti sont ainsi interdépendants, agissant l'un sur l'autre. Pour Fisher (1997), « l'espace est donc organisateur de l'interaction sociale » (p. 14). Les lieux créés par l'architecture ne sont pas indépendants de

leur occupation. En effet, ces derniers n'existent que par les interactions humaines qui s'y déroulent. Fischer (1997) recommande une approche plus sociale à la conception des milieux, avec le concept d'« espace vécu ». De cette façon, l'architecture ne se limite pas à des propriétés matérielles, mais est comprise comme un langage qui communique avec ses occupants. L'architecture devient une mise en scène pour ses utilisateurs.

2.3. Moyens architecturaux pour soutenir d'interactions sociales

Il est possible de séparer les types d'espaces en deux catégories principales soient les espaces sociopètes et les sociofuges (Hall, 1971). Les espaces sociopètes provoquent les interactions entre les occupants. Leur aménagement fait de en sorte que les gens seront portés à interagir entre eux, comme le comptoir d'un bar ou la terrasse d'un café. Ce type aménagement permet un contact plus rapproché des utilisateurs d'un lieu et favorise les échanges. À l'opposé, les espaces sociofuges favorisent le cloisonnement entre les individus. Leur aménagement n'encourage pas les échanges informels, un peu comme les salles d'attentes dans les gares, constituées d'une enfilade de bancs (Hall, 1971). Pour Hall, l'important est d'offrir une variété d'espaces à des utilisateurs d'un lieu, tant sociofuges que sociopètes, afin de permettre à l'individu de choisir le type d'environnement qu'il désire selon la situation. Ce qui est préférable, c'est la flexibilité de l'espace.

Les paragraphes qui suivent présentent des orientations de design identifiés et qui favorisent les interactions sociales et le maintien de la participation sociale chez les aînés en hébergement (Cohen, 1991 ; Malkin, 1992 ; Regnier, 2002).

Une première avenue est de **créer des pièces communes de dimensions réduites pouvant contenir des groupes de huit (8) à dix (10) personnes** et pouvant également s'ouvrir sur d'autres espaces afin de les agrandir. En effet, une plus grande proximité des occupants facilite la socialisation et renforce le sentiment de « famille ».

Une deuxième piste encouragée est **la création d'alcôves** (Cohen, 1991 ; Regnier, 2002). Ces dernières permettent aux occupants d'être à la fois à proximité des aires communes et en retrait. Ce type d'aménagement laisse place aux échanges en petits groupes. De plus, dans ces espaces plus restreints, les stimulations visuelles et auditives sont diminuées, ce qui peut

faciliter les échanges. Une troisième avenue est de concevoir **des aires communes visibles de plusieurs points de vue**, de manière à ce que les résidents voient qui s'y trouve avant d'aller vers la pièce. L'individu peut ainsi choisir d'entrer dans la pièce ou de poursuivre son chemin sans être obligé d'interagir avec les autres.

Étant donné l'importance de la famille pour la personne âgée et afin de faciliter son adaptation à son nouveau milieu de vie, une quatrième piste suggérée est de **prévoir des lieux permettant de recevoir des visiteurs**, comme à la maison. Les proches seront ainsi plus à l'aise de venir en visite et pourront, éventuellement, augmenter leurs fréquentations. Ces espaces peuvent se traduire par salon privé, un studio de visiteur ou seulement une chambre de bonne dimension permettant d'accommoder un coin-repas (Regnier, 2002).

Une dernière piste d'aménagement vise à soutenir les échanges entre les générations et la communauté. Regnier (2002) propose de **favoriser une mixité de services sur le site** de la résidence pour aînés et de prévoir des aires communes accessibles à tous. Cela permet d'inclure les aînés de ces établissements dans la vie de la communauté, au lieu de les garder à l'écart.

3. LE MILIEU BÂTI COMME SUPPORT AU MAINTIEN DE L'INTIMITÉ

Comme l'affirme Gaston Bachelard dans son livre *La poésie de l'espace* la valorisation d'un centre de solitude concentrée est forte et primitive (Bachelard, 2001 ; 89). Avoir accès à des lieux et des moments d'intimité serait inné et nécessaire au bien-être de l'être humain. Les résidences pour personnes âgées sont fortement associées par leurs résidents et les personnes qui les fréquentent comme des lieux où l'intimité des résidents est peu respectée (Caouette, 2005). L'ambiance institutionnelle semble représenter une organisation spatiale où les interactions sociales sont forcées et où l'intimité est absente. Dans la prochaine section, la notion d'intimité sera définie et son importance discutée dans le contexte de l'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie.

3.1. La notion d'intimité selon Altman (1975)

Altman définit la notion d'intimité comme suit : « *Privacy is an interpersonal boundary-control process, which spaces and regulates interaction with others.* » (Altman, 1975 ; 10). Plutôt que de

voir ce concept comme indépendant des interactions sociales, Altman positionne l'intimité au cœur de celles-ci: « *It will be proposed that privacy is a central regulatory process by which a person (or a group) makes himself more or less accessible and open to others [...]* » (Altman, 1975 ; 3). Il est possible de comparer sa notion d'intimité à un oignon, plus un individu désire de l'intimité, plus il y aura de couches pour se protéger des interactions avec les autres et plus il désire des interactions, plus il laissera tomber de barrières afin de permettre les échanges et les contacts. Altman (1975) parle de deux types d'intimité: l'intimité désirée (*desired privacy*) et l'intimité vécue (*achieved privacy*). L'« intimité désirée » est le niveau idéal d'interactions sociales à atteindre dans diverses situations afin d'être à l'aise. L'« intimité vécue » représente le degré d'interactions sociales effectif dans une situation. Le décalage entre le niveau d'intimité désiré et le niveau vécu est source d'insatisfaction, voire de stress avec un sentiment d'impuissance si la situation ne peut être contrôlée.

L'intimité ne concerne pas que l'individu seul, à l'abri de tous les regards. Elle peut aussi concerner un couple. Si une personne peut s'entourer de barrières afin de ne pas entrer en contact avec les autres, un groupe d'individus peut aussi vouloir établir des frontières afin de ne pas avoir trop d'interactions avec ceux qui l'entourent (Altman, 1971).

3.2. L'importance d'un contrôle de l'intimité dans l'épanouissement d'un individu

Compte tenu du fait qu'une résidence pour personnes âgées est un endroit où les interactions sociales sont pratiquement inévitables, il faut permettre aux résidents d'avoir un certain contrôle sur les interactions qu'ils désirent, ce qui fait partie du maintien de leur niveau d'indépendance et d'autonomie. Selon la psychologue de l'environnement Serfaty-Garzon (2003), l'intimité « renvoie au sujet qui, sur le mode privatif, se soustrait au regard public pour accomplir des activités ou vivre des expériences qui ont du sens, tout particulièrement pour lui ou pour un petit groupe familial et souvent familial. » (p.16). Pour la sociologue Mallon (2004), la chambre serait « le lieu d'une intimité préservée, où la personne peut déployer son identité personnelle. » (p. 102).

Ce contrôle sur les interactions est bénéfique pour l'estime de soi d'un individu. Altman (1975) mentionne que : « That is, if I see that I cannot control interaction with others in ways that I desire, then I am provided with important negative information about my competence to deal

with the world. » (p.47). Fisher (1997) affirme pour sa part que l'individu : « [...] se définit dans l'espace à travers l'affirmation d'une place. » (p. 23). La place dont parle ici Fisher fait référence à l'espace personnel d'un individu, un lieu personnalisable agissant comme le prolongement de lui-même. Cette appropriation personnelle de l'espace serait essentielle pour l'humain, permettant à l'individu de marquer son identité.

Déménager dans une résidence pour aînés non autonomes amène les personnes âgées à vivre un sentiment de perte de repères et de contrôle sur leur environnement ainsi que sur d'autres aspects importants de leur vie à laquelle il faut pallier (Calkins, 1988). Le bâtiment doit donc permettre aux résidents d'avoir une plus grande aisance en leur donnant le contrôle sur leur environnement et en diminuant le risque d'intrusion dans leur sphère personnelle, facilitant ainsi les interactions sociales qui peuvent se dérouler par la suite (Dilani, 2005). De plus, il doit fournir un ou plusieurs endroits à l'abri des regards et du bruit afin de permettre aux résidents d'avoir des moments de répit, sans intrusions non désirées (Regnier, 2002). Les résidents n'iront pas toujours chercher leur intimité dans leur chambre, mais ils doivent être en mesure de trouver des endroits plus à l'écart afin de recevoir certains soins ou encore avoir certaines conversations à l'abri des regards et de spectateurs non souhaités (Regnier, 2002). Cohen (1991) mentionne que l'absence de contrôle chez les personnes atteintes de démence peut créer des situations qui peuvent se dégrader assez rapidement, il affirme que : « Residents [with dementia] may have strong reactions to perceived intrusion of personal space and infringement on independence. » (Cohen, 1991 ; 82).

3.3. Moyens architecturaux de contrôle de l'intimité

S'il est important d'avoir des espaces permettant des moments d'intimité et un certain contrôle sur les interactions sociales, comment le cadre bâti peut-il soutenir ce contrôle? Regnier (2002) suggère différentes avenues pour faciliter le contrôle sur un milieu d'hébergement et les interactions qui s'y déroulent, rejoignant les orientations de design mise de l'avant par d'autres auteurs comme Cohen (1991) et Marsden (2005). La première avenue est d'**offrir des chambres individuelles** afin de permettre aux occupants de disposer leurs effets personnels comme bon leur semble et personnaliser leur milieu intime.

La seconde orientation consiste à ce que **les espaces d'intimité ne donnent pas directement**

sur un espace de sociabilité. Il s'agit d'assurer une certaine hiérarchie entre les espaces les plus et les moins intimes par des transitions adéquates entre ceux-ci. Dans plusieurs organisations de centres d'hébergement, les espaces de vie sont trop près des chambres, diminuant par la même occasion la mince barrière qui sépare les chambres des espaces communs (Salon 2006). En ce sens, une troisième recommandation est de **prévoir des espaces de transition** (sas, couloir privé, etc.) entre les chambres et les aires communes afin de filtrer les visiteurs et les regards indiscrets. Une quatrième piste de design est de **prévoir des petits salons** pour des rencontres et des échanges en petits groupes à l'écart des aires communes, mais avec un lien visuel (Cohen, 1991; Regnier, 2002 ; Salon, 2006).

RECRÉER UN « CHEZ-SOI » EN HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

« Habiter un espace [...] c'est y établir un chez-soi [...] en revanche, ne pas avoir de chez-soi est l'image même du dénuement et du déracinement. » (Fischer, 1997 ; 107). Cette citation résume la fonction vitale du « chez-soi ». Celui-ci répond à un besoin humain de se trouver dans un espace à l'abri d'autrui et de tous les dangers extérieurs. À travers ses expériences de vie, la personne y créera des souvenirs où son « chez-soi » sera un symbole d'elle-même, de ses valeurs, ses références et sa conception de la vie en générale (Mallon, 2004 ; Parmelee, 1992). Bref, pour les aînés non autonomes « renouer avec son chez-soi, c'est renouer avec soi » (Mallon, 2004 ; 21). Malgré le fait que le CHSLD soit le plus souvent le dernier milieu de vie pour la personne âgée, il est primordial pour l'épanouissement des résidents de permettre la recréation d'un chez-soi. La prochaine section aborde cette notion ainsi que le rôle de l'architecture dans la recréation du chez-soi en hébergement.

4.1. Notion de « chez-soi » ou d'habitat

Se sentir « chez-soi » (Caouette, 1995-2005 ; Calkins, 1988, Cohen et Weisman, 1991 ; Mallon, 2004; Parmelee et al, 1992) est une expérience indispensable à l'épanouissement d'un individu. Selon Parmelee et Rubinstein (1992), plus le temps avance, plus l'individu vieillit, plus ce rapport au « chez-soi » devient important.

Dans la culture nord-américaine, le « chez-soi » réfère à des normes culturelles associées à des aménagements précis, le plus souvent à des éléments architecturaux associés à la maison

individuelle (Caouette, 2005). Cela dit, pour se sentir « chez-soi » il est essentiel de développer un sentiment d'appartenance, mais aussi de se sentir en sécurité. Selon Mallon (2004), être « chez-soi » renvoie souvent à une image de confort, de lieu accueillant ou chaleureux (Mallon, 2004).

L'auteur affirme toutefois que l'expérience du « chez-soi » est subjective puisqu'elle est reliée à la relation qu'entretient un individu à sa résidence. « le sentiment (et la sensation) d'être « chez-soi » repose sur l'appropriation liée à la vie quotidienne, sur la pratique d'un lieu [...] » (p. 21).

La notion de « chez-soi » renvoie aussi à ce que Fischer (1997) définit comme l'habitat. Ce lieu où l'intimité est préservée est à la fois un espace personnel, un espace social et un espace culturel. L'habitat permet l'appropriation de l'espace, un endroit où l'identité de la personne peut être exposée. De plus, il affirme que l'habitat a deux fonctions principales: celle d'abri et celle d'ancrage. L'abri correspond à un espace où l'individu se sent protégé, l'habitat représenterait alors une barrière contre les intrusions extérieures. La fonction d'ancrage, pour sa part, correspond à un enracinement psychologique, servant de repère et permettant un sentiment de stabilité à l'individu. « C'est pour l'individu comme un port d'attache dans son aventure de la vie ; ce lieu de retour périodique autorise l'exploration du monde. » (Fischer, 1997 ; 118). C'est par le sentiment de chez-soi que l'identité s'exprime, que les différences avec les autres s'affirment.

Parmelee et Rubinstein (1992) mentionnent dans leur ouvrage que, pour les individus, les lieux d'hébergement institutionnels pour les personnes âgées sont des endroits impersonnels, où on peut difficilement se sentir « chez-soi ». Ils rapportent les propos de Howell (1983) dans sa définition de non-lieu « The placeless is [...] characterized by uniformity of objects and spaces as well as by their neutrality, or absence of distinguishing characteristics that would elicit differential response. » (p. 155). Dans le cadre d'une maison d'hébergement pour aînés, le chez-soi doit correspondre à un espace privé, mais également à un espace qui est investi par un individu et qui lui permet de se reconnaître et de marquer son identité (Mallon, 2004).

4.2. L'environnement comme support à l'expérience « chez-soi »

Regnier (2002) et Calkins (1988) développent une stratégie assez intéressante dans leur

ouvrage concernant l'importance de l'échelle humaine dans la conception de résidences pour aînés et dans le développement du sentiment de « chez-soi ». Une première orientation d'aménagement est de **concevoir des maisons d'hébergement permettant d'accueillir un plus petit nombre de personnes ou de diviser une grande résidence en plusieurs unités**, se rapprochant de l'échelle de la maison, pour faciliter l'appropriation des lieux par les résidents. Le nombre de bénéficiaires par unité étant ainsi réduit, cela permet de tisser plus facilement des liens entre résidents et de développer un sentiment familial dans le but de compenser les relations avec les proches perdues suite au déménagement. Les auteurs affirment que concevoir des bâtiments à plus petite échelle permet d'éloigner de l'image institutionnelle souvent associée à ce genre de fonctions.

Plusieurs auteurs s'entendent sur ce que devrait comporter un milieu de vie pour supporter la création d'un « chez-soi » (Calkins, 1988 ; Cohen et Weisman, 1991 ; Malkin, 1992 ; Regnier, 2002). Ils soulignent l'importance d'un milieu de vie **supportant les besoins d'intimité, d'appropriation et de personnalisation** permettant de recréer des liens de familiarité avec le logement précédent. Un environnement personnalisé permet en effet de signifier aux autres occupants qu'il appartient à quelqu'un. De plus, plus un environnement aura une ambiance semblable à celle des dernières résidences, plus cela soutiendra la période d'adaptation des occupants. Dehan (2007) souligne que les individus souffrant de démence réagissent fortement au changement de milieux. Il suggère que les résidences pour personnes âgées devraient offrir un milieu avec des références et des aménagements à des milieux résidentiels typiques. **Avoir chacun sa propre salle de bain** peut faire une différence dans l'expérience du « chez-soi », en préservant l'intimité. Le **type d'ameublement** y contribue également. Par exemple, les tables de petite taille dans la salle à manger ou un lit électrique à l'apparence d'un lit ordinaire peuvent contribuer à diminuer l'impression de vivre dans un milieu institutionnel. Enfin, **subdiviser les aires communes** en de plus petits, par exemple deux salles à manger au lieu d'une grande, permet de se rapprocher encore une fois de l'échelle domestique.

5. LA NOUVELLE MAISON D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES NÉCESSITANT DES SOINS DE LONGUE DURÉE

5.3. Objectifs de l'essai (projet)

Le projet d'architecture s'inscrit dans la vague de changements qu'entreprend le Gouvernement

du Québec en ce qui à trait à l'hébergement des personnes âgées. Un nouveau type de résidence, **les maisons d'hébergement**, a été mis de l'avant afin de répondre à la demande grandissante d'hébergement pour aînés non autonomes. Cet essai (projet) reprend ce concept qui vise à créer des milieux d'hébergement pour aînés bien adaptés à leurs besoins, stimulants et pouvant s'ajuster à la transformation de leurs besoins dans le temps. Le projet de recherche-crédation s'appuie sur les prémisses de besoins d'intimité, d'interactions sociales et de récréation d'un « chez-soi ». Il vise le dépassement des normes spatiales et techniques de ce genre de bâtiment. La personne âgée fragilisée est au cœur de la démarche proposée afin de créer un bâtiment répondant à la fois aux besoins humains et logistiques de ce type d'établissement.

5.2.1. Question de recherche

Comment un centre d'hébergement pour aînés non autonomes peut-il soutenir les interactions et la participation sociales de ses résidents fragilisés ainsi que la récréation d'un « chez-soi » ?

5.2.2. Mission, enjeux et objectifs

La mission de cet essai (projet) est principalement d'aménager un milieu d'hébergement de soins de longue durée qui stimule et soutient la participation sociale des aînés non autonomes, tout en leur fournissant les lieux d'intimité et de personnalisation nécessaires au développement d'une relation intime avec ce milieu. Les enjeux de ce projet sont liés aux concepts théoriques exposés dans les sections précédentes soient les interactions sociales, l'intimité et le « chez-soi ». Trois objectifs principaux ont été définis en lien avec cette mission et ces enjeux soit : 1) Ramener l'échelle du CHSLD à celle d'une architecture plus résidentielle ; 2) soutenir la participation sociale et les interactions sociales des aînés ; 3) soutenir l'intimité du résident et favoriser la récréation du chez-soi. Les objectifs de design liés à ces trois objectifs sont les suivants. Ils ont guidé la conception du projet.

Objectif 1 : Ramener l'échelle du CHSLD à celle d'une architecture plus résidentielle

- Diviser le bâtiment en petites unités de vie
- Travailler le bâtiment en plus petites pièces qui s'ouvrent les unes sur les autres

- Travailler les éléments architecturaux en asymétrie

Objectif 2 : Soutenir la participation sociale et les interactions sociales des aînés :

- Intégrer des services communautaires à proximité (CPE, Centre de jour, salle communautaire, etc.) et des aires communes afin de stimuler et soutenir les contacts entre les générations et inclure les personnes âgées dans la vie communautaire.
- Concevoir des aires communes variées pouvant accueillir des groupes d'individus de différentes tailles et des activités diverses.
- Assurer la flexibilité des espaces afin d'accommoder différentes activités en fonction de la demande. Par exemple, créer des espaces pouvant s'ouvrir les uns sur les autres.
- Mettre les aires communes en relation les unes aux autres le d'une circulation, afin de permettre aux résidents de bien contrôler leurs interactions.

Objectif 3 : Soutenir l'intimité du résident et favoriser la récréation du chez-soi

- Favoriser des chambres individuelles afin de préserver l'intimité de chaque résident
- Prévoir et assurer des espaces tampons entre les espaces communs et les espaces d'intimité, afin d'éviter les interactions non désirées ou les vues sur l'espace intime.
- Hiérarchiser les espaces du public au privé.
- Aménager des lieux agréables, confortables et intimes pour accueillir les visiteurs, autant dans la chambre que dans des pièces ailleurs dans le bâtiment.
- Diminuer la perception de l'échelle du bâtiment, afin de minimiser celle associée aux milieux institutionnels.
- Fractionner les aires communes afin de se rapprocher de l'échelle de l'environnement domestique.
- Prévoir des endroits de personnalisation

5.3. Démarche méthodologique

Dans le cadre de cet essai (projet), outre le cadre théorique présenté précédemment, la démarche méthodologique s'appuie sur deux autres volets soit, une analyse de précédents et l'observation de lieux en usages.

5.2.1. Analyse de précédents

L'analyse de précédents a permis de cerner les différentes configurations possibles lors de l'aménagement de CHSLD. Les objectifs de cette analyse sont principalement

d'examiner les liens entre les aires communes et les lieux d'intimité et comment le tout s'articule dans un bâtiment cohérent.

Nous débuterons avec l'analyse de l'organisation des CHSLD typiques et des maisons d'hébergement afin de bien comprendre le modèle d'origine et sa refonte innovante et d'évaluer les points forts et les points faibles de chacune des organisations. L'organisation spatiale des CHSLD typiques (figure 4), se rapproche de celle des hôpitaux. En effet, les chambres sont disposées tout le long de corridors traversant les étages au complet. Les espaces communs et le poste de garde se trouvent au centre de l'étage à l'entrée des visiteurs.

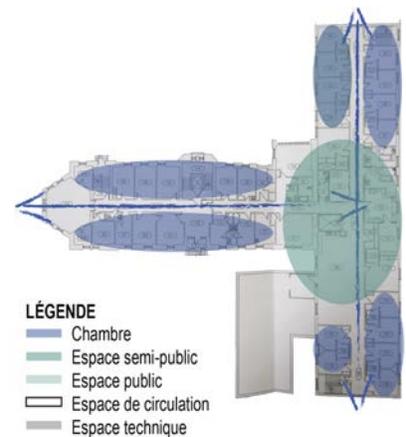


Figure 4: Plan CHSLD N.A.-Labrie. Baie-Comeau

La Maison d'hébergement, quant à elle, est développée selon un aménagement différent (figure 5). Les chambres sont localisées dans des secteurs plus privés et les espaces de services tels que la cuisine, la buanderie et les sanitaires font office de barrière entre les aires communes et les chambres privées.



Figure 5: Plan de maison d'hébergement_Saint-Eugène

La recherche de précédents architecturaux à l'extérieur du Québec (voir figures 8 à 10, page 24 à 26) suggère qu'il n'existe pas de configuration type pour ce genre de bâtiment. Contrairement au CHSLD québécois, aucun des trois (3) projets ne propose d'aménagement linéaire. Ils ont toutefois en commun de regrouper les chambres en petits noyaux, autour de petits espaces de vie spécifiques à un nombre plus restreint de résidents.

L'intimité étant un objectif important du projet, une analyse du niveau d'intimité des

chambres a été faite. Les schémas représentent chaque espace que l'occupant doit rencontrer avant d'arriver dans la chambre. Plus le niveau d'intimité est élevé, plus la chambre se trouve dans un endroit à l'écart des aires communes. Il est possible de remarquer une amélioration dans l'état de l'intimité des chambres entre les CHSLD et les maisons d'hébergement (voir figure 6 et 7, page 17 à 21). En moyenne, les degrés d'intimité atteignent le troisième ou le quatrième niveau, ce qui peut être considéré comme un niveau acceptable, afin de garder l'intimité du résident.

De plus, une analyse du pourcentage des superficies a permis de confirmer que les CHSLD sont peu intéressants pour les échanges sociaux. En effet, l'analyse du CHSDL N.A.-Labrie (figure 6, page 22) révèle que seulement 8% de sa superficie est réservée aux aires communes, contrairement aux autres projets où on retrouve plus du double de cette superficie. De plus, étant donné que les CHSLD ne possèdent qu'un corridor de distribution, la superficie attribuée à la circulation est minime. Les projets offrant des circulations secondaires pour les résidents affichent des pourcentages plus élevés réservés à cette fonction. Le projet du Centre Caritas (figure 9, page 25) offre une avenue intéressante pour contrer la perte d'espace de circulation. Dans ce projet, les axes de distribution sont utilisés également comme des espaces de socialisation, compte tenu de leurs plus grandes dimensions. Finalement, l'analyse de pourcentage des superficies permet de comprendre l'importance que les fonctions techniques et de services prennent dans ce genre de bâtiment, peu importe la configuration offerte.

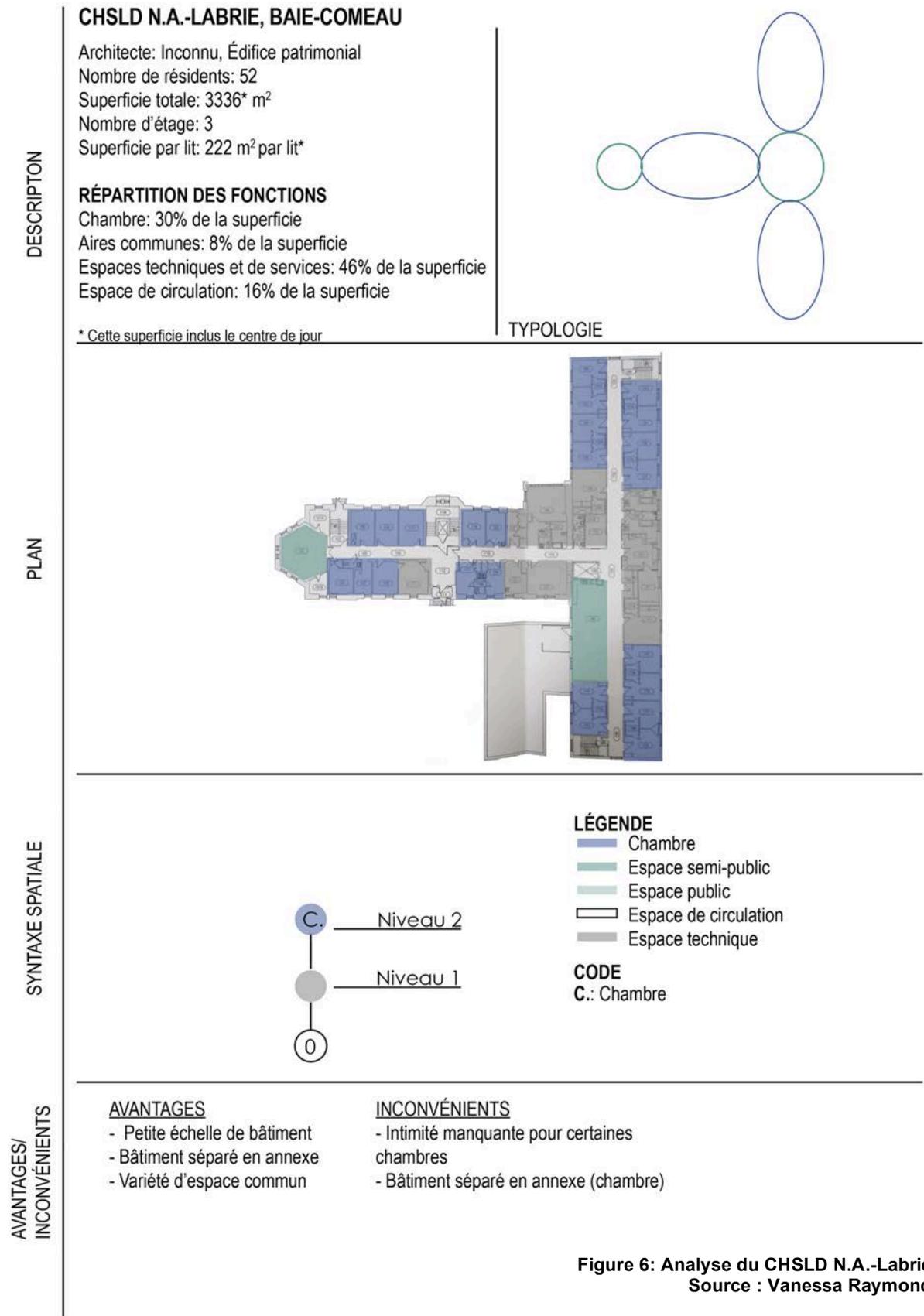


Figure 6: Analyse du CHSLD N.A.-Labrie
 Source : Vanessa Raymond

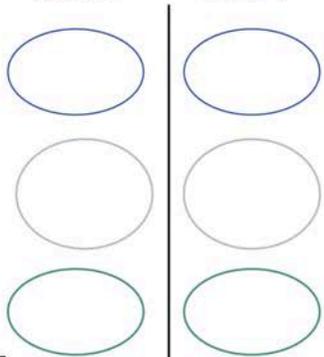
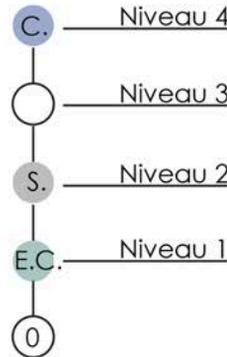
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DESCRIPTON</p>	<p>MAISON D'HÉBERGEMENT, SAINT-EUGÈNE</p> <p>Architecte: Robitaille, Larouche, Déry architectes Nombre de résidents: 16 Superficie totale: 1234m² Nombre d'étages: 1 Superficie par lit: 77 m² par lit</p> <p>RÉPARTITION DES FONCTIONS Chambres: 40% de la superficie Aires communes: 14% de la superficie Espaces techniques et de services: 16% de la superficie Espace de circulation: 30% de la superficie</p>	<p style="text-align: center;">ANNEXE 1 ANNEXE 2</p>  <p style="text-align: center;">TYPOLOGIE</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PLAN</p>	 <p style="text-align: center;">PLAN REZ-DE-CHAUSSEE</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SYNTAXE SPATIALE</p>	 <p style="text-align: center;">Niveau 4 Niveau 3 Niveau 2 Niveau 1</p>	<p>LÉGENDE</p> <ul style="list-style-type: none"> Chambre Espace semi-public Espace public Espace de circulation Espace technique <p>CODE</p> <ul style="list-style-type: none"> S.: Service C.: Chambre E.C.: Espace commun
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">AVANTAGES/ INCONVÉNIENTS</p>	<p><u>AVANTAGES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Corridor permettant la déambulation - Petite échelle de bâtiment - Bâtiment séparé en annexes - Espaces techniques près des espaces communs 	<p><u>INCONVÉNIENTS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Corridor en tunnel sans ouverture sur l'extérieur

Figure 7: Analyse maison d'hébergement Saint-Eugène
 Source : Kathleen Paquet

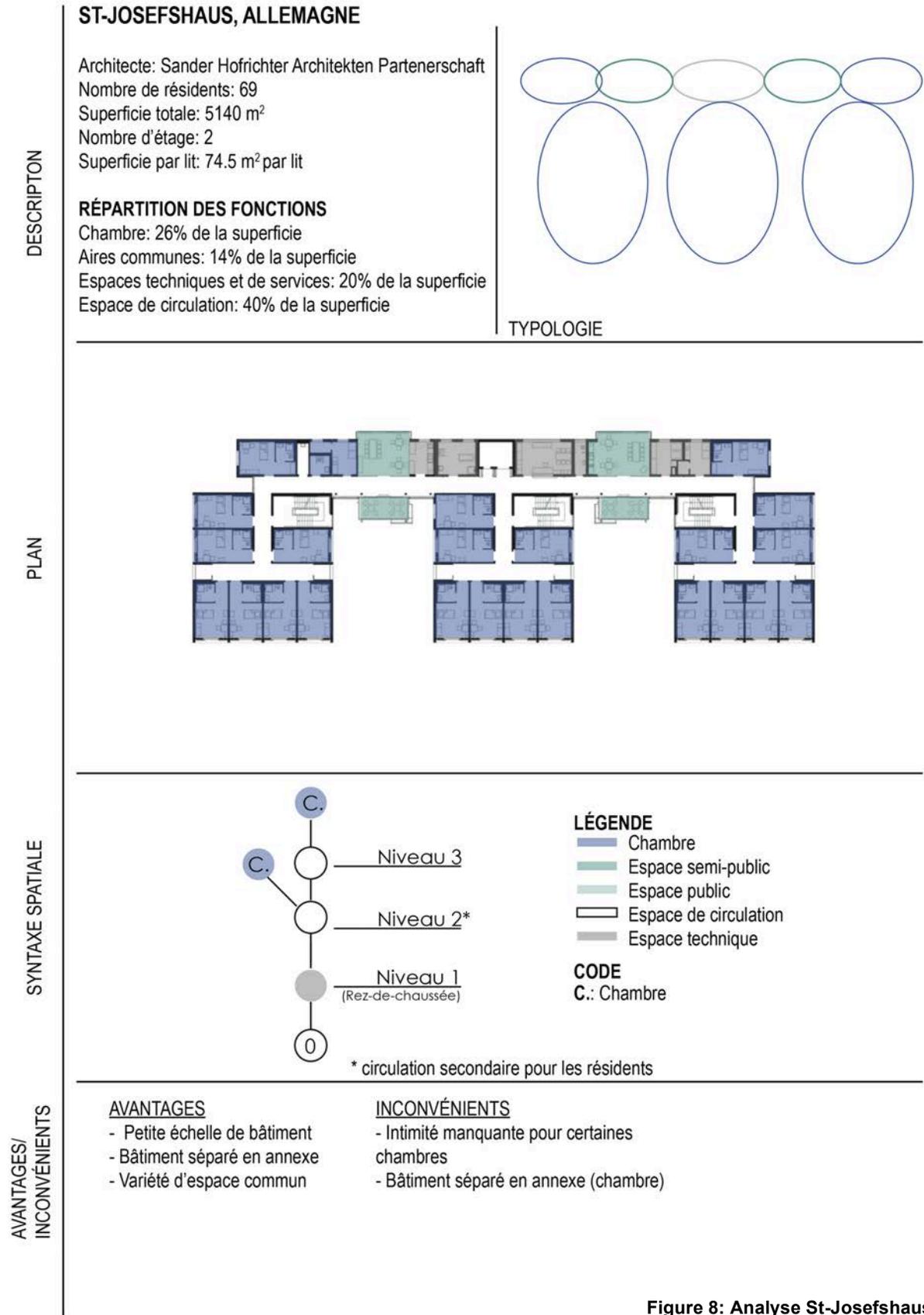


Figure 8: Analyse St-Josefshaus
 Source : Feddersen (2009)

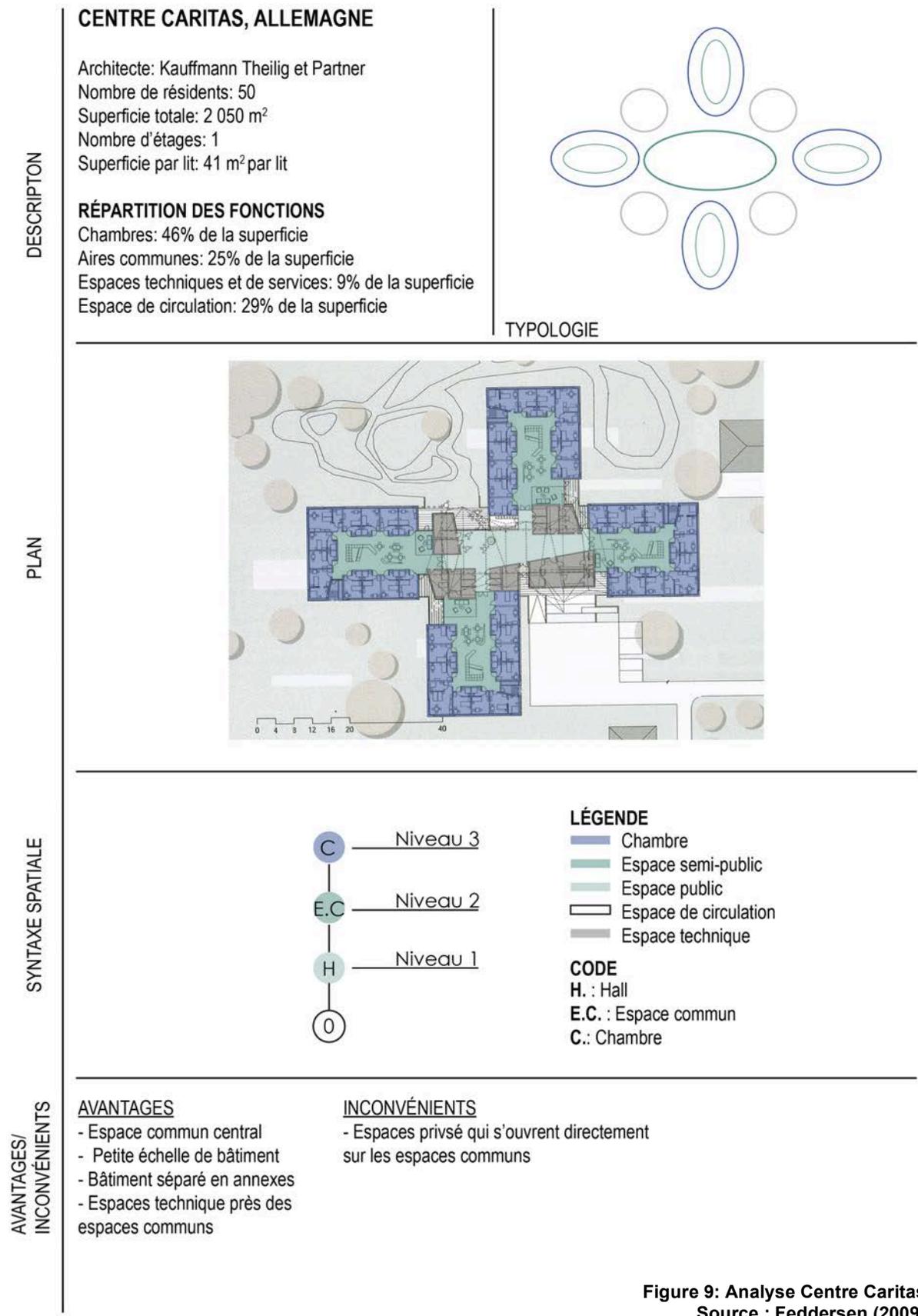


Figure 9: Analyse Centre Caritas
Source : Feddersen (2009)

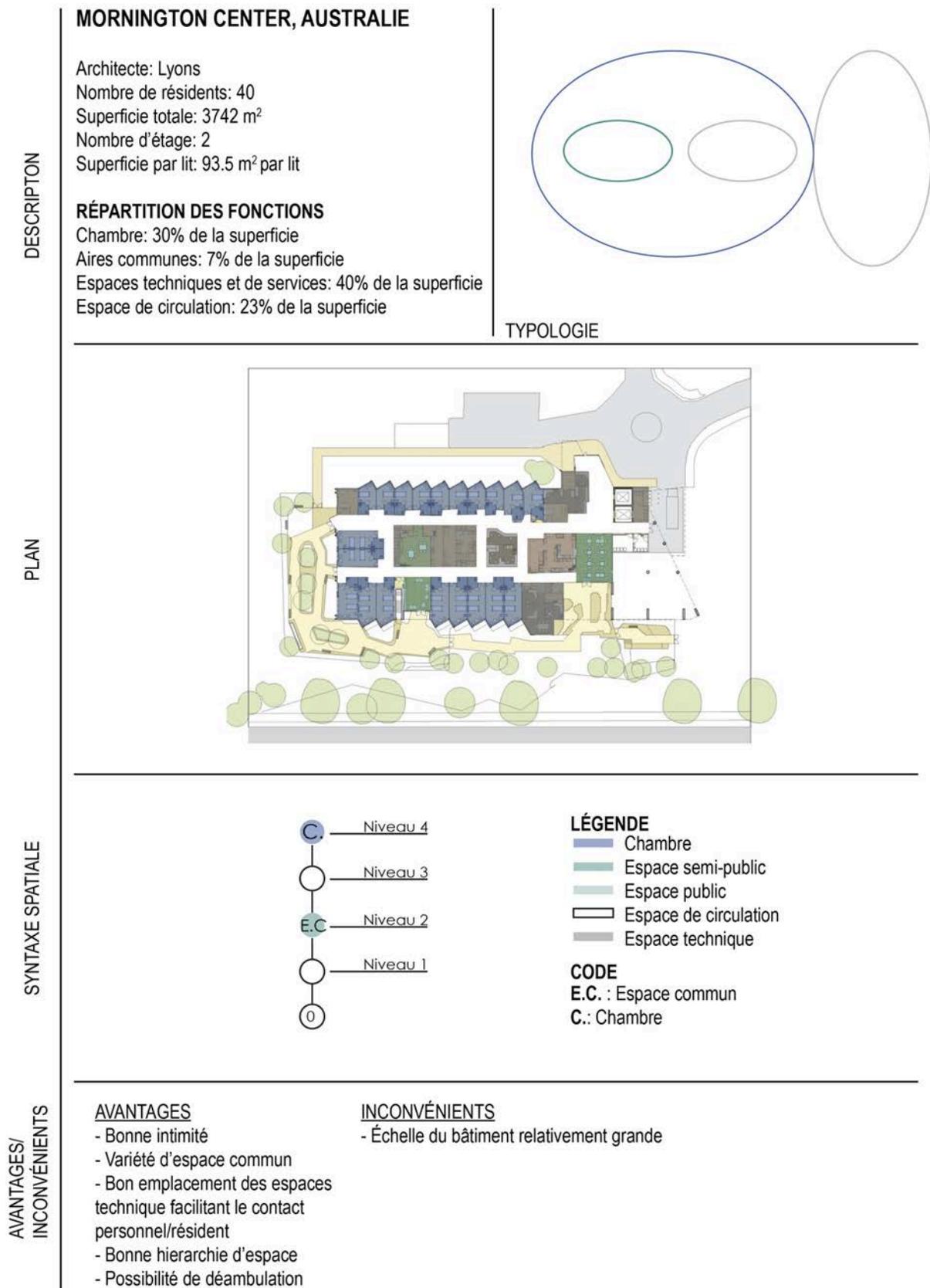


Figure 10: Analyse Mornington center
 source : <http://www.archdaily.com/93191/mornington-centre-lyons/>

5.2.2. Observations

Deux milieux d'hébergement pour personnes âgées non autonomes ont été visités. Une première visite a été effectuée dans la maison d'hébergement de Saint-Eugène (32 lits) en présence madame Kathleen Paquet, chargée de projet lors de la construction et conseillère en bâtiment pour l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Les points forts et les points faibles du bâtiment tel que réalisé ont pu être abordés lors de la visite. Le bâtiment étant habité depuis quelque temps, certaines conclusions pouvaient déjà être tirées. L'ambiance familiale qui règne au sein du bâtiment est perceptible dès l'arrivée. L'odeur de plat cuisiné embaumait la maison. Les dimensions plus restreintes des pièces communes permettent les échanges entre les résidents. Le positionnement des aires dédiées au personnel permet de stimuler leurs échanges avec les résidents. Les résidents pouvaient même participer à certaines tâches de la maison telle que le pliage des débarbouillettes. Finalement, il a été possible de remarquer qu'aucun résident ne restait dans sa chambre. Certains aspects négatifs ont été soulevés, entre autres le fait que le bâtiment participe peu à la vie du quartier. Un jardin communautaire était prévu, mais n'a toutefois jamais vu le jour, faute de participation. Enfin, la présence d'une porte extérieure dans les chambres des personnes âgées avec troubles physiques provoque un sentiment d'insécurité chez les résidents.

La deuxième visite a été effectuée dans deux CHSLD de Baie-Comeau soit le CHSLD N.A-Labrie et le CHSLD Boisvert. La capacité d'hébergement de ces bâtiments se rapproche davantage de celui du projet visé soit 59 résidents. Les visites ont été effectuées avec madame Nancy Pelletier, conseillère en milieu de vie au CSSS Manicouagan pour ces deux centres d'hébergement. Dès l'arrivée, on remarque une ambiance très institutionnelle étant donné la dimension de l'édifice et les nombreuses portes barrées. L'entrée des visiteurs se fait par un petit hall donnant sur les locaux administratifs ce qui ne contribue pas à transmettre une ambiance résidentielle. Lors d'une visite sur un étage, le visiteur arrive directement face à un poste de garde vitré offrant peu de contact avec les résidents. Malgré la présence de vitrage permettant le contact visuel, le personnel est dans un endroit cloisonné n'encourageant pas les échanges avec les résidents et rappelant les hôpitaux. Il a été possible de confirmer que les chambres donnant directement sur un corridor commun offrent peu d'intimité. Du corridor, il est possible de voir les gens couchés dans leur lit. Finalement, les espaces

communs sont peu nombreux, les seules aires communes étant le salon converti en salle à manger lors des repas. Cet espace est très vaste et difficilement appropriable. Beaucoup de gens étaient dans leur chambre lors de la visite, ce qui amène à se questionner sur l'attrait de cette aire commune contrairement à ce qui est offert dans la maison d'hébergement discuté plus haut.

Ces visites posent le questionnement suivant : est-il possible de faire un CHSLD de plus grande envergure (86 lits) tout en conservant l'échelle et l'ambiance résidentielle proposée dans les nouvelles maisons d'hébergement ?

5.3. La commande

Le projet consiste en maison d'hébergement pour 86 aînés non autonomes dans la municipalité de Montmagny. Le bâtiment doit être conçu afin d'héberger trente-six (36) résidents en troubles cognitifs, trente-six (36) résidents en troubles physiques, quatre (4) résidents en soins palliatifs, cinq (5) résidents en postopératoire, quatre (4) résidents en troubles de comportement et un (1) résident obèse. Le site retenu par le client est situé à l'angle du boulevard Taché et de l'avenue Côté à proximité de certains services (figure 11). Le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet prévoit déjà construire une résidence pour personnes âgées à cet endroit. Le site est situé dans un quartier résidentiel, sur une parcelle institutionnelle qui abrite déjà le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du CSSS Montmagny-L'Islet (figure 12). La cohabitation avec ce bâtiment de forme atypique constitue un défi important d'intégration dans le cadre du projet. La parcelle fait 27 500 m² ce qui



Figure 12: Vue aérienne du site choisi
Source : google map



Figure 11: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
Source : Vanessa Raymond

permettrait à d'autres fonctions comme un centre de jour d'y être implantées. L'intégration de fonctions communautaires, comme un parc ou un jardin communautaire, permettrait de créer un pôle d'activité autour de la maison d'hébergement et du CRDI afin que les résidents de ces derniers puissent participer à la vie municipale.

Compte tenu du fait qu'une clientèle particulière habite déjà sur ce dernier, il est risqué de créer une parcelle dédiée uniquement à des clientèles spécialisées. Afin d'éviter cette « ghettoïsation », la programmation du site en entier a été planifiée. De plus, le site est enclavé et peu perméable. Le projet propose de le subdiviser afin de le rendre plus intéressant pour la construction, non seulement, d'un CHSLD, mais d'autre fonctions communautaires et résidentielles. Voici les photos du site choisi :



Figure 13: Photos de site
Source : Vanessa Raymond

Les bâtiments avoisinants font un ou deux étages suggérant l'échelle que devra avoir le bâtiment afin de bien s'inscrire dans le paysage domestique du quartier (voir annexe 6 pour l'analyse). De plus, une projection de l'éventuelle densification de la parcelle a été

effectuée. Les figures 14 et 15, illustrent deux rues peuvent être tracées permettant de subdiviser la parcelle. Une de ces nouvelles rues permet notamment de donner une adresse en façade au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle. La portion du site retenu pour implanter la maison d'hébergement donne directement sur l'avenue Côté, permettant tant ici aussi de donner une adresse sur rue au bâtiment et de l'inclure dans la vie du quartier.

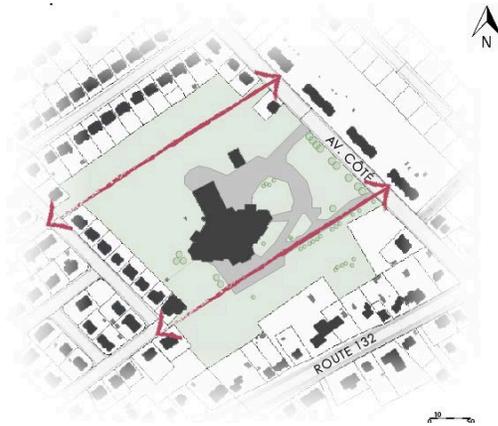


Figure 14: Schéma d'implantation _ Perméabilité

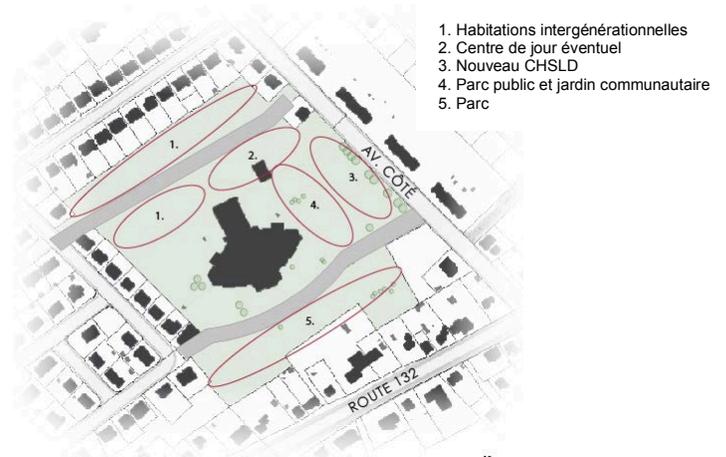


Figure 15: Schéma d'implantation _ Densification

5.4 Présentation du programme architectural

Le programme architectural d'un CHSLD comporte plusieurs fonctions. Le projet s'est construit à partir de celui développé pour le projet de construction prévu initialement. La superficie totale projetée est de 7494 m² pour 86 lits, donc 87m² par lit. Le bâtiment doit comprendre des fonctions de services: une cuisine (125 m²), une buanderie (117 m²), une salle mécanique (500 m²) et autres fonctions techniques connexes (dépôt linge souillé, salle d'expédition, atelier de réparation, local d'approvisionnement, etc.). Le programme divise les lits en cinq (5) unités de vie distinctes, quatre (4) de dix-huit (18) lits et une (1) de quatorze (14) lits. Chaque unité comprend un salon (54 m²), une salle à manger (80 m²), un salon familial (30 m²), un bureau de services (22 m²), une salle de réunion (22.5 m²) et d'autres fonctions secondaires (sanitaires, local électrique, réserve de matériel, alcôves souillées, alcôves propres, toilettes adaptées, etc.) (pour le programme complet, voir annexe 4).

Dans le cadre du projet, le programme a été utilisé comme une base, afin d'assurer le nombre de mètres carrés exigés, plutôt que comme un élément restrictif. La personne âgée étant au cœur de la démarche, ses besoins ont guidé la conception. La superficie totale du projet réalisé s'élève ainsi à 10 500 m², soit 122 m² par lit, c'est-à-dire 3006 m² de plus que prévu au

programme initial. Plusieurs décisions ont amené à dépasser la superficie minimale exigée. Afin de répondre à une demande de rangement des professionnels, il y a eu l'ajout d'une grande superficie de rangement au sous-sol (367 m²). Le hall central, accessible à toute la communauté et répondant à l'objectif d'interactions et de participations sociales augmente également la surface de plancher de 562 m² divisés sur deux étages. La création de trois (3) salons privés dans chaque unité de vie en plus du salon commun déjà prévu ajoute 944 m² au total, soit 236 m² par unité. De plus, la division des clientèles spéciales au troisième niveau fait en sorte qu'il y a une multiplication des aires communes, créant 253 m² de plus. L'ajout d'alcôves (160 m² divisés en huit (8) alcôves distinctes), d'une salle de physiothérapie (38 m²) et d'une salle snoezelen (18 m²) augmente de 216 m² la superficie du bâtiment. Finalement, compte tenu du fait que les chambres ne se distribuent pas par un seul corridor, mais par des circulations principales et secondaires, il y a une augmentation de la superficie dédiée aux circulations.

5.5. Description du projet

Le projet d'architecture réalisé à la suite de ces lectures et analyses constitue un compromis entre le CHSLD actuel et la maison d'hébergement de moindre taille. Les principes d'aménagement recensés dans le cadre théorique ont été appliqués dans la mesure du possible dans le respect des enjeux et des objectifs ciblés. Malgré le fait que l'occupant ait été au cœur de la démarche création, les nombreuses fonctions de services et de soins pour 86 lits occupent une place imposante dans le bâtiment difficile à dissimuler à une telle échelle de projet. Les précédents étudiés ont également servi à la création de ce projet en proposant différentes organisations possibles de maisons d'hébergement pour personnes âgées non autonomes. Pour saisir la description qui suit du projet réalisé, il est souhaitable de se référer aux planches de présentation du projet en annexe 1

5.5.1 Distribution programmatique des fonctions de la maison d'hébergement

L'organisation programmatique d'un CHSLD est complexe, mais aussi cruciale. Voici donc comment les fonctions se distribuent dans l'ensemble du bâtiment

Au niveau 0 (voir figure 16, page 32), on retrouve les fonctions comme la cuisine, la buanderie, les rangements et la salle mécanique afin de préserver l'aspect résidentiel tant désiré. Le terrassement et l'aménagement paysager permettent de dégager les

fenêtres de la cuisine et de la buanderie.

Au niveau 1 (voir figure 16), de part et d'autre d'un hall central correspondent les unités de vie des clientèles en troubles physiques (36 lits). Le positionnement de cette clientèle au rez-de-chaussée a été retenu afin de faciliter son contact avec l'extérieur et encourager la mobilité et le contact avec la communauté.

Au niveau 2 (voir figure 16), ont été positionnées les clientèles avec troubles cognitifs (36 lits). Ce choix a été fait étant donné que celles-ci sont plus portées à fuguer. Disposer leurs unités de vie au niveau 2 permet de garder un certain contrôle sur leur errance. Les espaces extérieurs aménagés permettent aux aînés de déambuler plus librement sans trop de contrôle restrictif.

Au niveau 3 (voir figure 16), les services administratifs font office de zone tampon au centre de l'étage entre des clientèles agitées affichant des troubles de comportement et des clientèles en soins palliatifs et en postopératoire ayant besoin de calme. Les chambres des soins palliatifs ont été placées au nord, compte tenu de l'inconfort qu'un trop grand apport solaire pourrait apporter. Celles des aînés en postopératoire se trouvent au sud pour l'ensoleillement.

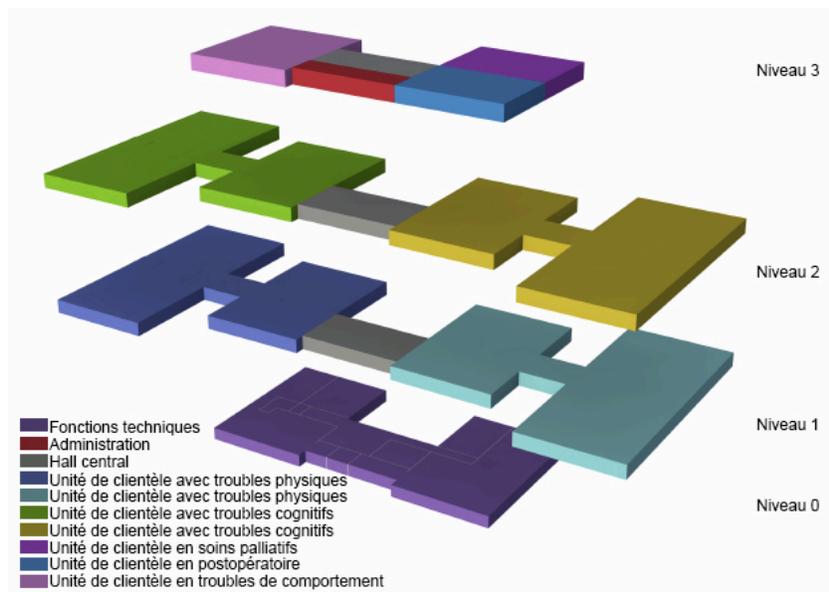


Figure 14: Axonométrie programmatique

Source : Vanessa Raymond

5.5.2.

Objectif 1 _

Ramener l'échelle du CHSLD à celle d'une architecture plus résidentielle

Pour s'éloigner de l'image institutionnelle des hôpitaux à l'extérieur comme à l'intérieur, les quatre-vingt-six (86) lits ont été répartis en cinq (5) différentes unités. Au niveau de la rue, le bâtiment se lit comme la juxtaposition de quatre (4) bâtiments plutôt qu'un volume monolithique (figure 17). De plus, l'utilisation de la couleur permet aussi de dissocier le bâtiment en unités. Il est donc plus facile pour un résident et ses proches de s'identifier à son unité de vie.



Figure 15: Vue extérieure projet
Source : Vanessa Raymond

À l'intérieur du bâtiment, compte tenu du fait que ce dernier est dorénavant séparé en unités de vie distinctes, les pièces de vie comme la salle à manger et les salons sont de taille réduite (Figure 18). En plus de créer des groupes de résidents de 18 personnes, les unités de vie se séparent en petites maisonnées de six (6) à huit (8) résidents. Cette approche a permis de diminuer



Figure 16: Vue intérieure _ Salon et salle à manger
Source : Vanessa Raymond

l'inconfort pouvant être ressenti par les résidents face à leur nouvel environnement plus grand. De plus, les chambres ne donnant plus sur un corridor, mais sur un petit salon privé permettent de rappeler la configuration spatiale des maisons traditionnelles.

Finalement, afin de créer un environnement dynamique, les différentes maisonnées se déploient le long d'un axe central. Ceci permet de créer une « rue intérieure » ponctuée de différentes façades de maisonnées (Figure 23). L'environnement intérieur se lit alors comme une enfilade de petits milieux de vie à l'échelle plus humaine facilitant la lecture du bâti des résidents.

5.5.3. Objectif 2 _ Soutenir la participation sociale et les échanges sociaux des aînés

Le site choisi, tel que mentionné précédemment, est un site déjà sélectionné pour la construction éventuelle d'un CHSLD. Il vaste et enclavé et devait être transformé en un endroit suscitant les échanges et la participation sociale avec la communauté. Ainsi de nouvelles constructions pourraient être implantées dans un continuum pour personnes âgées autonomes, semi-autonomes et non autonomes (maisons intergénérationnelles, immeubles collectifs adaptés, résidences pour aînés semi-autonomes, centre de jour). Ceci permettrait que les aînés évoluent dans le même quartier, aidant aussi à créer un nouveau milieu de vie. De plus, en rendant le site plus perméable et en le densifiant, plus de gens vivront et circuleront à proximité du nouveau CHSLD. Afin de favoriser des contacts intergénérationnels, un grand parc public est prévu à l'arrière du nouveau centre d'hébergement. Des parcours de déambulation thématiques y seraient implantés autant pour les résidents, leur famille que la communauté. Un jardin communautaire borderait également ce parcours.

À l'intérieur du bâtiment, une variété d'espaces de socialisation est mise à la disposition des résidents permettant aux aînés de choisir s'ils désirent être seuls, en petits groupes ou en grands groupes. Le hall central est ouvert à tous les résidents, aux visiteurs et à la communauté (Figure 19, page 35). Cet espace peut être utilisé pour les visites mais également comme espace pour des activités de plus grande envergure (Figure 20, page 35). Chaque unité regroupe dix-huit (18) résidents en trois (3) maisonnées comprenant chacune un salon commun. Elle possède également une alcôve longeant la circulation

avec vue sur l'extérieur permettant des rencontres plus intimes avec la famille ou des résidents (figure 21). Finalement, tous les espaces de socialisation sont bordés par une circulation permettant à l'occupant de voir préalablement les gens qui sont dans cet espace (Figure 22). Comme mentionné précédemment, ceci encourage les aînés à sortir de leur chambre afin de socialiser compte tenu du fait que les contacts ne sont pas forcés.



Figure 19: Hall d'entrée
Source : Vanessa Raymond



Figure 20: Hall deuxième niveau
Source : Vanessa Raymond



Figure 21: Alcôve
Source : Vanessa Raymond



Figure 17: Axonométrie _ Maisonnée
Source : Vanessa Raymond

5.5.4. Objectif 3 _ Soutenir l'intimité du résident et favoriser la récréation du chez-soi

Pour remédier à la situation des CHSLD québécois où la chambre du résident donne directement sur un corridor commun. La hiérarchisation de l'espace du plus public au plus privé a été respectée. Lorsque l'individu entre ou circule dans le bâtiment, il franchit différentes barrières avant d'arriver à l'endroit le plus intime que représente la chambre. En effet, l'entrée du bâtiment s'ouvre sur un espace de rassemblement ouvert à tous incluant la communauté. Pour entrer dans l'une ou l'autre des unités de vie, il faut d'abord passer par les pièces communes à ses résidents. Le bureau des infirmières près

de l'entrée assure la sécurité des aînés. Pour accéder à une maisonnée, il faut entrer dans un salon commun à ses six à huit résidents. L'entrée de la chambre est protégée visuellement par une alcôve ainsi que d'une retombée de plafond afin de bien marquer le lieu. À chaque niveau d'intimité, il y a un changement d'ambiance afin de bien filtrer les visiteurs.

Afin de soutenir la récréation d'un « chez-soi », le bâtiment a été séparé en cinq unités de vie distinctes associant chacune d'elles à un groupe plus restreint de personnes. Chaque unité se subdivise en trois groupes de six à huit aînés avec une entrée différente les unes des autres (voir figure 23). Le résident a la possibilité de personnaliser l'entrée de sa chambre pour marquer son espace et exprimer sa personnalité (Figure 24). Finalement, à l'échelle de la chambre, une bibliothèque intégrée et des tablettes généreuses de fenêtres permettent aux résidents d'exposer des éléments personnels provenant de leurs résidences antérieures et de leur rappeler leur entourage.



Figure 18: Entrée d'une maisonnée
Source : Vanessa Raymond



Figure 19: Axonométrie de chambres types
Source : Vanessa Raymond

6. CONCLUSION

6.1 Retour sur l'essai (projet)

Suite à la critique finale de l'essai (projet), il est possible de faire certaines réflexions sur des améliorations qui permettraient d'enrichir le projet à plus long terme. Premièrement, le projet étant très programmatique, beaucoup de temps a été investi sur le fonctionnement général du plan en lien avec les objectifs d'intimité et d'appropriation. La composition volumétrique a été abordée tardivement ; elle aurait gagné à être intégrée plus tôt dans la démarche. De plus, un travail plus approfondi sur les ambiances recherchées aurait mérité d'être poursuivi.

La réflexion entamée sur la place du bâtiment dans le quartier est intéressante et offre beaucoup de potentiel. Le tracé des nouvelles rues permettrait non seulement la densification du site et un usage plus efficace mais aussi de le rendre plus adéquat pour une résidence pour personnes âgées. Il est facile de comprendre comment la maison d'hébergement pourrait créer une synergie avec le reste de la communauté par des équipements et des aménagements partagés. À ce sujet, l'aménagement des zones extérieures ainsi que des parcours de déambulation dans le parc public reste à développer.

L'organisation spatiale du bâtiment est intéressante. Les différentes unités de vie trouvent bien leur place dans le bâtiment et assurent des services efficaces. Le choix de mettre la clientèle en troubles physiques au rez-de-chaussée et celle en troubles cognitifs au deuxième niveau permet d'adapter l'espace à leurs propres besoins et de pallier à leurs limitations respectives. Le troisième niveau permet de répondre aux besoins des clientèles spécialisées. La proposition parvient à répondre à la demande en veillant toutefois à ce que chacune d'elles ne nuise pas à l'autre.

L'aménagement des unités de vie et des maisonnées a été plus développé que les espaces communs à tout le bâtiment. La réflexion sur le hall central est venue trop tard dans la démarche.

Au niveau volumétrique, l'idée de casser la symétrie du plan en élévation est un bon départ de réflexion. Compte tenu du fait que le résidentiel est plus associé à l'asymétrie, il était intéressant de travailler dans ce sens avec les jeux d'avancées et de retraits. Par contre, cette idée aurait nécessité plus de travail. Finalement, l'utilisation des couleurs autant à l'intérieur qu'à l'extérieur dans le but de permettre aux occupants de s'approprier plus aisément les lieux et d'avoir plus de facilité à se repérer a permis de dynamiser l'expression architecturale. Cette stratégie a lié la composition architecturale aux besoins humains.

Ce projet m'a permis de réaliser l'ampleur du défi que représente la conception d'une résidence pour personnes âgées de 86 lits tout en recherchant une échelle résidentielle. Plusieurs embûches au niveau de l'implantation et au niveau organisationnel ont ralenti la démarche de conception. Le projet n'a malheureusement pas atteint son plein potentiel, j'aurais aimé pouvoir mettre plus de temps à la composition architecturale et aux détails. Un travail plus hâtif à ce

niveau aurait pu enrichir le projet.

6.2 La conclusion

En conclusion, cet exercice montre la nécessité d'une réflexion au niveau des CHSLD. En effet, il met en lumière le fait qu'un programme rigide peut être retravaillé de façon originale, de manière à créer des espaces plus humains et s'éloigner de l'image institutionnelle. Les écrits recensés ainsi que les précédents analysés ont démontré que les besoins des résidents devraient être au cœur de la démarche de création.

Il s'agit d'une amorce de réflexion sur ce que pourraient être les CHSLD québécois pour loger les aînés en fin de parcours de vie. Avec cet essai (projet), il serait intéressant d'entamer des discussions avec différents intervenants du milieu tant les résidents, les infirmières que le personnel administratif. À nous de voir comment nous pouvons changer les choses.

7. BIBLIOGRAPHIE

ALTMAN, Irwin (1975) *The environment and social behavior*. Emeryville: Brooks/Cole Publishing company.

ArchDaily, <http://www.archdaily.com/93191/mornington-centre-lyons/>. (6 octobre 2012)

Association pour la santé et la sécurité du travail secteur affaires sociales (2002) *Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé*. www.asstsas.qc.ca/documents/Publications/.../Autres/CP29-PARC7.pdf, (25 octobre 2012)

BACHELARD, Gaston (2001) *La poétique de l'espace*. Paris : Quadrige/PUF.

BARRETTE, Pierre (1990) *L'influence des caractéristiques physiques et architecturales des résidences pour personnes âgées sur le bien-être et l'autonomie des résidents*, Essai de maîtrise en psychologie. Québec : Université Laval.

CAOQUETTE, Éline (1995) *La relation au chez-soi des personnes âgées en résidences spécialisées et leur perception de l'image des centres d'accueil*, Mémoire de maîtrise en architecture. Québec : Université Laval.

CAOQUETTE, Éline (2005) *The image of nursing homes and its impact on the meaning of home for elders*, In : Chaudhury, Habib ; Rowles, Graham D. (éditeurs) *Home and identity in late life*. New York : Springer Publishing Company.

COHEN, Uriel ; WEISMAN, Gerald D. (1991) *Holding on to home : Designing environments for people with dementia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

CHOINIÈRE, Robert (2010) *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec: Institut national de santé publique.

CSSS de Montmagny-L'islet (2008) *Maisons d'hébergement*. Service des communications

Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, Montmagny.

DEHAN, Philippe (2007) *L'habitat des personnes âgées: du logement adapté aux Éhpad, USLD et unités Alzheimer*. Paris : Le Moniteur.

DILANI, Alan ; MORELLI, Agneta. (2005) *Health promotion by design in elderly Care*. Stockholm : Design & Health.

DUBÉ, Denise (2006) *Humaniser la vieillesse*. Québec : Édition Multimondes.

FEDDERSEN, Eckhard ; LÜDTKE, Insa. (2009) *A design manual, living for the elderly*. Basel : Birkhäuser.

FISHER, Gustave-Nicolas (1997) *Psychologie de l'environnement social*. Paris:Dunod.

HALL, Edward T. (1971) *La dimension cachée*. Paris: Édition du Seuil.

HOWELL, S. C. (1983). *The meaning of place in old age*. In G. D. Rowles & R. J. Ohta (Eds.), *Aging and milieu: Environmental perspectives on growing old*. New York: Academic Press.

MALKIN, Jain (1992) *Hospital interior architecture : Creating healing environment for special patient population*. New York : Van Nostrand Reinhold.

MALLON, Isabelle (2004) *Vivre en maison de retraite, le dernier chez-soi*. France : Presses Universitaires de Rennes.

MARSDEN, John P. (2005) *Humanistic design of assisted living*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

PARMELEE, Patricia A. ; RUBINSTEIN, Robert L. (1992) Attachment to place and the representation of the life course by elderly, In : Altman, Irwin (éditeur) *Place attachment*. Philadelphia: Polisher Gerontological Research Institute.

RAYMOND, Émilie. ; GAGNÉ, Denise. ; SÉVIGNY, Andrée ; TOURIGNY, André (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

REGNIER, Victor (2002) *Design for assisted living : Guidelines for housing the physically and mentally frail*. New York : John Wiley & Sons.

SALON, Didier (2006) Espace privé et espace institutionnel, *Gérontologie et société*, 4 (116) : 25-37.

SANSFAÇON, Jean-Daniel (2012) *Aînés - indispensables CHSLD*. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/362659/aines-indispensables-chsld> (25 janvier 2013)

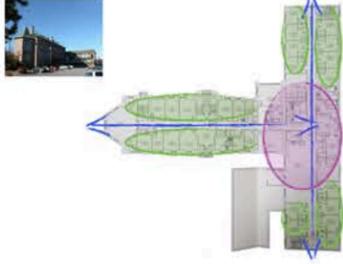
SERFATY-GARZON, Perla. (2003) *Chez soi, les territoires de l'intimité*. Paris : Armand Colin.

8.1 Annexe 1 _ Planches de présentation finale du projet d'architecture

MISE EN CONTEXTE

ETAT ACTUEL

CHSLD N.A.-LABRÉ, BAIE-COMEAU



CHSLD BOISVERT, BAIE-COMEAU



MAISON D'HÉBERGEMENT, ST-EUGÈNE



PROBLEMATIQUE

Comment ...
Un bâtiment peut-il encourager la participation sociale ?
Favoriser l' intimité ?
Permettre le contrôle des interactions ?
Créer un bâtiment pour 86 résidents à l'échelle résidentielle ?
Favoriser les contacts avec la communauté ?
PROJET

LE SITE

Avenue Côté



Le CRDI



Le CPE



Vue de l'avenue Côté



PRECEDENTS



House of Psychiatrics
White
Allemagne



Santa Rita Geriatric Center
Manuel Ocaña
Espagne



Armstrong Place Senior Housing
David Baker & Partners
États-Unis

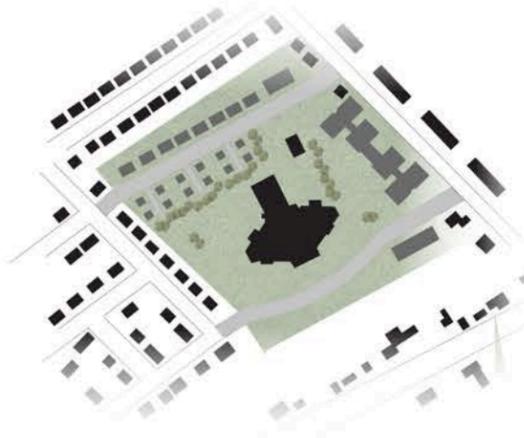
DE LA CHAMBRE AU VOISINAGE

soutenir la participation sociale des aînés non autonomes d'un CHSLD de Montmagny

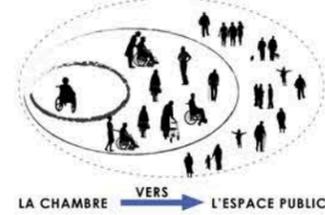
Essai (projet) de fin d'études en architecture | Vanessa Raymond



IMPLANTATION I 1:1500



Peu adaptés aux besoins particuliers des diverses clientèles pouvant y habiter, les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) sont davantage conçus pour répondre à des normes gouvernementales strictes et aux besoins du personnel. Cet essai (projet) se veut une réflexion critique sur l'environnement physique qu'offre ces bâtiments. Le projet propose la conception d'un modèle innovant et alternatif qui se base sur le concept de «milieu de vie» présentement en développement au Québec. Les besoins des résidents seront positionnés au cœur de la démarche de recherche-création. Le projet s'inscrit dans la municipalité de Montmagny sur un site choisi pour la construction d'un éventuel CHSLD.

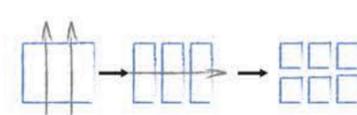


IMPLANTATION I 1:500

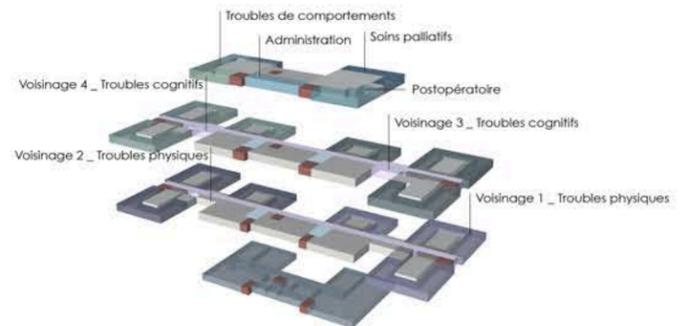
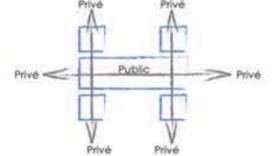


CONCEPTS DIRECTEURS

De l'institution à la maison



Hierarchisation de l'espace



COUPE TRANSVERSALE I 1:200



8.1 Annexe 1 _ Planches de présentation finale du projet d'architecture



PLANS | 1:200

- 1_Salle mécanique
- 2_Cuisine
- 3_Local d'approvisionnement
- 4_Atelier de réparation
- 5_Local principale d'entretien ménager
- 6_Rangement pour valises
- 7_Rangement
- 8_Espace réservé au ligne souillé
- 9_Buanderie



NIVEAU 0

- 10_Salle de physiothérapie
- 11_Salon de coiffure
- 12_Salle de réunion



NIVEAU 1 | CLIENTÈLE AVEC TROUBLES PHYSIQUES

- 13_Bureau des professionnels
- 14_Salle Snoezelen
- 15_Vestiaire du personnel



NIVEAU 2 | CLIENTÈLE AVEC TROUBLES COGNITIFS

- 16_Salle de repos du personnel
- 17_Bureau de cadre
- 18_Bureau de secrétaire
- 19_Salle de photocopie
- 20_Archives



NIVEAU 3 | CLIENTÈLES SPÉCIALES





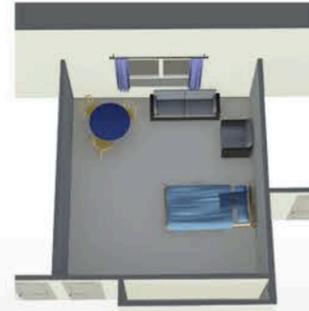
UNE FAMILLE



LA PERSONNALISATION POUR UN CHEZ -SOI A LEUR IMAGE



LES SOINS PALLIATIFS



8.2 Annexe 2 _ Caractéristique des clientèles des CHSLD

Extrait du *Répertoire des guides de planification immobilière : Centres d'hébergement – CHSLD* (Québec, Corporation d'hébergement du Québec, Direction de la normalisation et de la veille technologique, 2008) p. 1 à 3

Les personnes dont le CHSLD est le milieu de vie substitut institutionnel, désignées par le terme « résidents » présentent de plus en plus des pathologies complexes ainsi que des déficits moteurs, sensoriels et cognitifs importants, liés ou non au vieillissement. Dans la littérature québécoise actuelle, on peut définir sept groupes de résidents présentant des profils – et donc des besoins – différents. Soulignons que les personnes âgées subissent des pertes de capacités, visuelles et auditives entre autres, qui sont liées au vieillissement et qui peuvent survenir en même temps qu'une autre pathologie et qui modifient leur relation avec le milieu environnant.

1. Résident présentant des déficits cognitifs, atteints ou non de problèmes de comportement

Personne dont une maladie neurodégénérative (ex. : démence de type Alzheimer, démence vasculaire ou autre) affecte les fonctions mentales, telles que la mémoire, les notions d'espace, de temps et de danger, et qui perd graduellement les connaissances et les compétences acquises depuis l'enfance. Ces déficits cognitifs se manifestent également par une difficulté de compréhension et d'utilisation du langage familier, des conventions sociales et, globalement, de l'environnement physique. Au cours de la maladie, des troubles de comportement, tels que des comportements dysfonctionnels, perturbateurs et agressifs, peuvent se manifester verbalement et physiquement. Ce groupe de résidents est en augmentation constante et représente entre 60 % et 80 % de la clientèle hébergée à différents degrés d'atteinte, la démence de type Alzheimer touchant près de 50 % de ces individus. Les déficits résultants de ces affections peuvent causer plusieurs types de problèmes :

- **Déficit visuo-spatial** : difficulté à percevoir les objets en relation avec son corps. La personne peut se frapper contre les meubles, enjambrer les carreaux ou les joints d'un plancher qui lui semblent surélevés, ne plus reconnaître une toilette parce qu'elle est de la même couleur que le plancher et le mur.
- **Agnosie visuelle** : difficulté à reconnaître l'utilité d'objets usuels. La personne peut se blesser avec des ciseaux, un peigne, un rasoir.
- **Agnosie auditive** : difficulté à reconnaître la signification des sous-entendus. La personne peut manifester beaucoup de stress et de peur quand il y a présence simultanée du téléviseur, de la radio ou des sonneries d'appel de services, du bruit des portes, etc.
- **Illusions** : perception inexacte d'un stimulus extérieur réel. Par exemple, la personne peut interpréter la luisance du plancher comme la présence d'eau.
- **Errance** : besoin de circuler de façon incessante et sans but apparent dans les corridors, les chambres ou tout espace accessible. La personne peut ainsi se perdre à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et ne pas retrouver son chemin jusqu'à son îlot ou son unité de vie.
- **Désorientation par rapport aux personnes** : non-reconnaissance des proches ou des aidants. La personne peut ne plus reconnaître sa propre image dans un miroir et ne pas avoir conscience des changements dus au temps, survenus chez elle ou ses proches.
- **Amnésie** : perte de la mémoire immédiate puis à court, moyen et long termes. La personne perd peu à peu la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD).
- **Désorientation dans le temps** : non-reconnaissance des jours, des mois, des années, des saisons. Par exemple, la personne ne sait plus faire le lien logique entre son habillement et la température ambiante.

2. Résident ayant de multiples problèmes graves de santé physique

Personne dont l'état de santé physique est très détérioré. Les pathologies, telles que les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, le diabète et l'obésité, peuvent nécessiter un degré de soins élevé et complexe, par exemple l'insuffisance rénale traitée par dialyse et l'insuffisance respiratoire compensée par l'administration d'oxygène en continu. Le nombre de ces résidents est en émergence. Cette catégorie inclut les personnes présentant un excédent de poids ou dites « obèses ». Cette caractéristique

supplémentaire demande un aménagement spécifique, plus particulièrement au regard de la chambre et de ses équipements

3. Résident ayant des incapacités motrices et des limites relatives à la marche et aux déplacements, de modérées à sévères

Personne incapable de se déplacer de façon autonome ou qui éprouve des difficultés à marcher si grandes que son rayon de déplacement est extrêmement limité, jusqu'à être considérée comme grabataire². Pour certaines de ces personnes, les déplacements se font à l'aide d'une marchette ou d'une canne, en fauteuil roulant ou en fauteuil gériatrique et les transferts, par exemple du lit au fauteuil, requièrent la présence d'aidants et l'utilisation de leviers mobiles ou sur rails. Certaines pathologies, telles que la sclérose en plaques et l'hémiplégie, entraînent ce type d'incapacité, d'où un haut degré de dépendance dans l'accomplissement des activités quotidiennes. Les personnes en fin de vie sont considérées dans ce groupe de résidents.

4. Résident âgé de 85 ans et plus

Plus une personne avance en âge, plus la perte d'autonomie s'accroît, ce qui nécessite une gamme de soins associés au vieillissement. On remarque chez ces personnes une diminution marquée de l'énergie, des capacités sensorielles, de l'appréhension et de la force physique de même que des difficultés à manger seul, à se laver seul, à s'habiller seul ainsi que des difficultés à se tenir debout. Cette population est en progression et représentera 51 % de la clientèle hébergée en 2010.

5. Résident ayant des troubles graves du comportement, reliés à un diagnostic psychiatrique

Personne venant généralement du réseau psychiatrique où elle a été suivie pendant une partie de sa vie et qui ne peut plus demeurer dans la communauté lorsque les problèmes reliés au vieillissement s'ajoutent aux problèmes antérieurs. Il s'agit d'un groupe restreint de la clientèle hébergée, dont les troubles de comportement peuvent alourdir le profil global de la clientèle des milieux d'hébergement et dont l'intégration peut s'avérer difficile et nécessiter un milieu délimité et des approches spécialisées. Cette clientèle ne peut être associée aux personnes présentant des déficits cognitifs ou une démence.

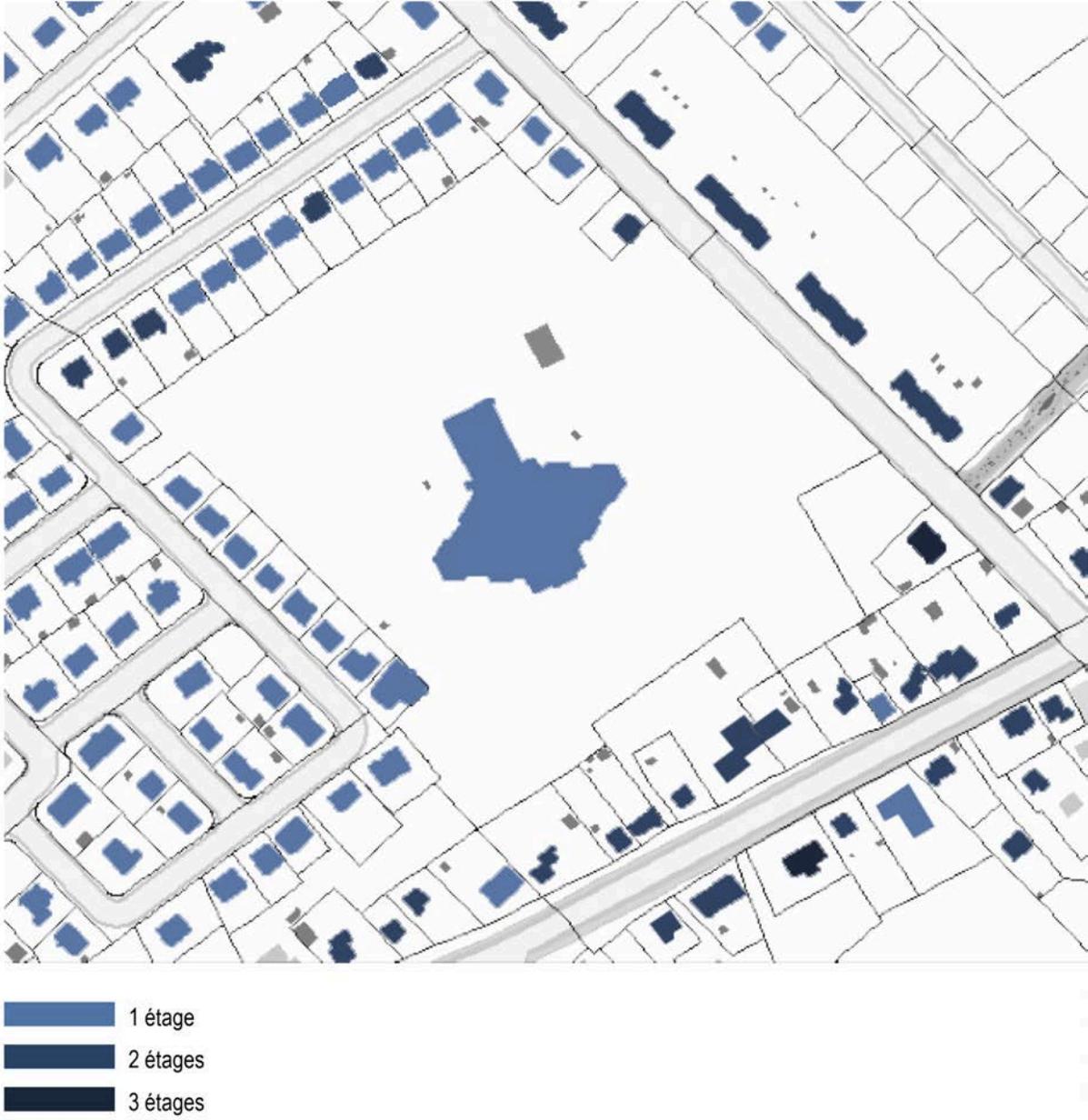
6. Résident ayant une déficience intellectuelle

Personne qui présente une défaillance congénitale ou acquise, structurale ou lésionnelle de la fonction intellectuelle. Ces personnes ont été suivies, à l'interne ou en externe, par le réseau de la réadaptation en déficience intellectuelle jusqu'à ce que des problèmes d'ordre physique et/ou cognitif liés au vieillissement apparaissent et les obligent à quitter leur communauté ou leur milieu protégé. Cette clientèle ne peut être associée aux personnes présentant des déficits cognitifs, une démence ou un diagnostic psychiatrique.

7. Résident âgé de moins de 65 ans et présentant des incapacités importantes non liées au vieillissement

Personne adulte qui présente, à la suite d'une déficience physique ou sensorielle (sclérose en plaques, paralysie cérébrale, traumatisme physique grave), un « profil géométrique », c'est-à-dire des limites importantes et persistantes dans l'accomplissement d'activités quotidiennes. Ces personnes, malgré leurs limites, profitent d'activités extérieures au CHSLD et d'activités intérieures, spécifiques de leur âge. Certaines pièces d'équipement sont alors requises, telles qu'un système de son, un système vidéo, système informatique, un réfrigérateur et un micro-ondes. De plus, des espaces situés en dehors de ceux réservés aux personnes âgées peuvent leur être attribués pour recevoir parents et amis. Cette clientèle, qui représente 11 % des résidents, est hétérogène et mal connue. Ces personnes peuvent être très jeunes et devoir demeurer dans un établissement de santé pour le reste de leur vie.

8.3 Annexe 3 _ Analyse des hauteurs



8.4. Annexe 4 _ Programme du projet

Source : Document de présentation, Kathleen Paquet, conseillère en bâtiment, Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, page 45 à 47

**TABLEAU SYNOPTIQUE
DES LOCAUX**

Local	Qté.	Sup.	Total	Commentaires
Espace public / communautaire				
Entrée principale (vestibule)	1.0	5.0	5.0	
Accueil et réception	1.0	10.0	10.0	Réception (bureau de l'agente administrative). Pourrait être communiquant avec le soutien administratif (secrétariat).
Vestiaire des visiteurs	1.0	1.0	1.0	
Place publique avec distributrice	1.0	12.0	12.0	Distributrice avec petites tables- discret. 10 personnes
Local de coiffure	1.0	13.0	13.0	Localisé dans la place publique. Référence: Youville
Lieu réservé aux cultes	1.0	4.0	4.0	Alcôve incluse dans la salle de réunion ou place publique.
Toilette adaptée	1.0	4.5	4.5	À l'entrée principale
Dépôt concierge	-	-	-	- Partagé avec l'unité de 14 lits.
sous-total net			49.5	
intérieur brut			54.5	F1=1.10
Services administratifs				
Bureau - cadre supérieur ou intermédiaire	1.0	14.0	14.0	Référence : Ste-Perpétue 1= 14.3m²
Soutien administratif et secrétariat	1.0	16.5	16.5	Pour l'unité spécialisée. Référence : Ste-Perpétue 2= 16.5m²
Rangement audio-visuel	1.0	5.0	5.0	
Rangement de dossiers	1.0	23.0	23.0	Dossiers + tablettage + circulation
Local de photocopie	1.0	6.0	6.0	
Dépôt de papeterie	1.0	5.0	5.0	Dans la même pièce que le local de photocopie
Toilette du personnel	1.0	2.5	2.5	
sous-total net			72.0	
intérieur brut			93.6	F1=1.30
Soutien au personnel				
				Pas des casiers complets. Casiers pour sacs à main répartis sur les unités de vie. Vestiaires et casiers à courrier dans la salle de repos et/ou aux entrées.
Vestiaires communs	1.0	10.0	10.0	
Toilettes et douches hommes	1.0	6.0	6.0	Toilette, douche et lavabo
Toilettes et douches femmes	1.0	6.0	6.0	Toilette, douche et lavabo
Salle de repos du personnel	1.0	50.0	50.0	Pour 25 employés à la fois. Référence : Cap-St-Ignace = 40m²
sous-total net			72.0	
intérieur brut			79.2	F1=1.10
Local				
Unité de vie (4x18 lits)				
Entrée et vestiaire des visiteurs	2.0	6.0	12.0	1 par 36 lits.
Bureau de services	4.0	22.0	88.0	1 par unité de 18 lits. Référence: Ste-Perpétue 2 = 22m²
Toilette du personnel	4.0	2.5	10.0	1 par unité de 18 lits.
Alcôve propre	12.0	1.0	12.0	3 alcôves par 18 lits.
Alcôve souillée	12.0	1.0	12.0	3 alcôves par 18 lits.
Utilité souillée	2.0	6.0	12.0	Lavage + désinfection + évier. 1 par 36 lits.
Dépôt concierge	2.0	4.6	9.2	1 par 36 lits. Espace pour aspirateur à vadrouille inclus. 1 par 18 lits. Produits incontinence, papier hygiénique, à main et autres.
Réserve de matériel	4.0	3.0	12.0	
Bureau	-	-	-	1 par 18 lits - fauteuil roulant, chaise aisance, verticalisateur, chariot
Entreposage	4.0	4.0	16.0	
Salle de réunion - polyvalente	2.0	22.5	45.0	1 par 36 lits.
Buanderette	-	-	-	
Toilette adaptée	8.0	4.5	36.0	1 par 18 lits. Près de la salle à manger et/ou du salon.
Chambre (côté physique)	68.0	27.0	1836.0	Toilette adaptée incluse. Superficie= Ste-Eugène 1.
Chambre (côté cognitif)	-	-	-	
Chambre personne obèse	4.0	27.5	110.0	Toilette adaptée incluse (superficie majorée). 1 par 18 lits.
Toilette adaptée (chambres)	-	-	-	Incluse dans la chambre.
Bain à hauteur variable	2.0	16.0	32.0	1 par 36 lits. Référence : St-Eugène 2
Douche civière / Chaise douche	2.0	14.0	28.0	1 par 36 lits. Référence : Ste-Perpétue 1
Toilette adaptée	4.0	4.5	18.0	Situées entre et communicantes avec les salles d'eau.
Salon	8.0	27.0	216.0	1 par 9 lits. À proximité de la salle à manger. 3m²/lit 1 par 9 lits. 2 salles à manger communicantes entre elles. 3.5 m²/lit + 1chariot + alcôve plage + cuisinette
Salle à manger	8.0	40.0	320.0	Salle de bain incluse. Porte permettant le passage d'un lit. Grande ouverture pour visibilité. Varier le type d'accessoires (bain, douche) selon les salles pour permettre la réadaptation.
Salle famille	2.0	30.0	60.0	Référence: Ste-Perpétue 1.
Local électrique	2.0	2.0	4.0	1 par 36 lits.
Balcon ou jardin	-	-	-	Voir espaces extérieurs
sous-total net			2888.2	
intérieur brut			4332.3	F1=1.50

8.4. Annexe 4 _ Programme du projet

Local	Qté.	Sup.	Total	Commentaires
Unité de vie-clientèle particulière (14 lits)				
Entrée et vestiaire des visiteurs	1.0	6.0	6.0	
Bureau de services	1.0	22.0	22.0	Référence: Ste-Perpétue 2 = 22m²
Toilette du personnel	1.0	2.5	2.5	1 par unité
Pharmacie CHSLD	1.0	1.0	1.0	Alcôve dans le bureau de services de l'unité de soins palliatifs.
Alcôve propre	3.0	1.0	3.0	3 par 14 lits
Alcôve souillée	3.0	1.0	3.0	3 par 14 lits
Utilité souillée	1.0	6.0	6.0	Lavage + désinfection + évier, 1 par 14 lits.
Dépôt conciergerie	1.0	4.6	4.6	Espace pour aspirateur à vadrouille inclus.
Réserve de matériel	1.0	3.0	3.0	Produits incontinence, papier hygiénique, à main et autres.
Entreposage	1.0	4.0	4.0	Fauteuil roulant, chaise aisance, verticalisateur, chariot
Salle de réunion - polyvalente	1.0	22.5	22.5	
Toilette adaptée	1.0	4.5	4.5	Près de la salle à manger et/ou du salon.
Chambre soins palliatifs	4.0	27.0	108.0	Toilette incluse. Superficie= Ste-Eugène.
Chambre post-opératoire	5.0	27.0	135.0	Toilette incluse. Superficie= Ste-Eugène.
Chambre troubles de comportement	4.0	27.0	108.0	Toilette incluse. Superficie= Ste-Eugène.
Chambre personne obèse	1.0	27.5	27.5	Toilette adaptée incluse (superficie majorée)
Toilette adaptée chambres	-	-	-	
Bain à hauteur variable	1.0	16.0	16.0	Référence: St-Eugène 2 = 16m²
Douche civière / Chaise douche	1.0	14.0	14.0	Référence : Ste-Perpétue 1
Toilette adaptée	1.0	4.5	4.5	Située entre et communicante avec les salles d'eau.
Salon	1.0	42.0	42.0	Pour 14 lits (3m²/lit). À proximité de la salle à manger.
Salle à manger	1.0	58.0	58.0	Pour 14 lits (3.5m²/lit) + 1 chariot + alcôve pliage + cuisinette. Salle de bain incluse. Porte permettant le passage d'un lit. Grande ouverture pour visibilité. Varier le type d'accessoires (bain, douche) selon les salles pour permettre la réadaptation. Référence: Ste-Perpétue 1.
Salle famille	1.0	30.0	30.0	
Local électrique	1.0	2.0	2.0	
Balcon ou jardin	-	-	-	Voir espaces extérieurs
sous-total net			627.1	
intérieur brut			940.7	F1=1.50
Services multidisciplinaires				
Bureau professionnel	1.0	22.0	22.0	Pour 4 professionnels en même temps (5.5 m²/pers.)
Bureau + réserve animation loisir	1.0	11.0	11.0	
Salle de réunion	2.0	30.0	60.0	Pour 15 personnes. Ouvrant une sur l'autre.
sous-total net			93.0	
intérieur brut			120.9	F1=1.30
Services alimentaires				
Cuisine centrale	1.0	125.0	125.0	Référence: Cap-St-Ignace (125 m²). Incluant garde-manger, lavoir et local réfrigéré.
Rangement cuisine (garde-manger)	-	-	-	inclut dans la cuisine
Toilette du personnel	1.0	2.5	2.5	
Dépôt de conciergerie	1.0	4.0	4.0	
sous-total net			131.5	
intérieur brut			144.7	F1=1.10
Local				
Services de soutien technique				
Débarcadère	-	-	-	Voir espaces extérieurs
Sas de réception de la marchandise	1.0	8.0	8.0	
Local d'approvisionnement	1.0	55.0	55.0	
Dépôt de déchets biomédicaux	-	-	-	Dans la chambre froide du linge souillé.
Dépôt pour bonbonnes d'oxygène	1.0	2.0	2.0	
Rangement de valise	1.0	8.0	8.0	
Local principal de buanderie - lingerie	1.0	117.0	117.0	Selon document "Buanderie-lingerie" du futur CHSLD de Montmagny. Zone propre+zone souillée+réparation. Réfrigéré. Annexé à la buanderie et inclut les déchets biomédicaux.
Dépôt linge souillé et déchets biomédicaux	1.0	16.0	16.0	
Salle d'expédition (sas souillé)	1.0	8.0	8.0	
Local principal d'entretien ménage	1.0	24.0	24.0	Incluant espaces pour lavage des fauteuils roulants et des bacs. Prévoir un espace pour compacteur avec chargeur pour vidage automatique des bacs et ainsi éliminer les besoins de réfrigération.
Dépôt déchets	1.0	4.0	4.0	
Atelier de réparation	1.0	20.0	20.0	
Aspirateur central	1.0	2.0	2.0	Dans le secteur technique
Chutes à linge et déchets	2.0	2.0	4.0	
Local réception chute à linge et déchets	2.0	3.0	6.0	
Toilette du personnel	1.0	2.5	2.5	
Local réfrigéré	-	-	-	Inclus dans la cuisine centrale
Gicleur	-	-	-	Inclus dans la salle de mécanique
Local téléphonie et informatique	1.0	10.0	10.0	
sous-total net			286.5	
intérieur brut			315.2	F1=1.10
total intérieur brut			6080.9	
extérieur brut			6993.0	F2 = 1.15
Autres locaux (voir détail page 5)				
Salle de mécanique / électricité	1.0	500.0	500.0	Inclut : salle de mécanique, entrée électrique, salle de géothermie, gicleur
TOTAL			7493.0	
		m²/lit	87	total/86lits
Espaces extérieurs				
Débarcadère	1.0	20.0	20.0	
Garage	1.0	20.0	20.0	Cabanon pour entreposage des accessoires extérieurs + porte motorisée.
Dépôt objets extérieurs	1.0	25.0	25.0	Avec le garage.
Balcon ou jardin	86.0	3.5	301.0	Référence : St-Eugène 1.
espaces extérieurs			366.0	