

---

**Mémoire de fin d'études : "L'architecture des établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences : comment les spécificités architecturales peuvent-elles être mises en oeuvre ? Etude comparative de modèles présents en Belgique."**

**Auteur :** De Lanève, Xavier

**Promoteur(s) :** Dawans, Stephane

**Faculté :** Faculté d'Architecture

**Diplôme :** Master en architecture, à finalité spécialisée en art de bâtir et urbanisme

**Année académique :** 2021-2022

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/15216>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

L'architecture des établissements  
résidentiels pour personnes  
atteintes de démences : comment les  
spécificités architecturales peuvent-  
elles être mises en œuvre ?  
Étude comparative de modèles  
présents en Belgique

Travail de fin d'études présenté  
par Xavier De Lanève en vue de  
l'obtention du grade de Master en  
Architecture.

Sous la direction du professeur  
Stéphane Dawans.

Année académique 2021-2022

Université de Liège,  
Faculté d'Architecture

Université de Liège, Faculté d'Architecture

# *Architecture* & *Démence*

*Études de cas en*  
*Belgique*



Xavier De Lanève

*Architecture*  
&  
*Démence*

*Études de cas en*  
*Belgique*

Xavier De Lanève

# *Architecture & Démence*

## *Études de cas en Belgique*

L'architecture des établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences : comment les spécificités architecturales peuvent-elles être mises en œuvre ? Étude comparative de modèles présents en Belgique

Travail de fin d'études présenté par  
Xavier De Lanève en vue de l'obtention  
du grade de Master en Architecture.

Sous la direction du  
professeur  
Stéphane Dawans





*À Bomi*



Je tenais avant tout à remercier monsieur Dawans de m'avoir suivi, fait confiance et encouragé lors de ce travail de fin d'études. Je le remercie aussi de m'avoir écouté quand j'en avais le plus besoin.

Je voulais aussi remercier monsieur Tieleman et madame Gloesener de m'avoir aiguillé et d'avoir lancé ce travail en me laissant choisir ce sujet dès le début. Je remercie madame Scheffers de présider le jury lors de la défense de ce travail.

Je remercie bien évidemment toute ma famille de m'avoir soutenu tout au long de ce travail et particulièrement dans la phase de rédaction, mon papa de m'avoir conduit de l'autre côté de la Belgique pour pouvoir visiter la Huis Perrekes, ma maman pour ses nombreuses relectures et corrections.

Je voulais remercier mes camarades de route pendant ces cinq années, et plus spécialement Laura, Coralie, Stanislas et Joseph, qui m'ont porté pour produire le meilleur travail possible en le critiquant et questionnant constamment.

Je remercie madame Bourse, directrice de la résidence Saint-Joseph de Verviers, ainsi que le personnel du CANTOU pour la visite et pour les nombreuses informations et plans fournis a posteriori.

Je remercie aussi madame Carels, directrice de la résidence Roi Baudouin à Woluwe-Saint-Pierre, et son personnel de l'unité pour personnes désorientées de m'avoir accueilli malgré les conditions difficiles de pandémie.

J'adresse un grand merci à madame Molenberghs, directrice de la Huis Perrekes, de m'avoir accueilli et d'avoir fait le maximum pour que la visite se déroule au mieux. Je voudrais spécialement remercier Christophe de la Huis Perrekes qui m'a fait visiter l'entièreté du bâtiment, qui a partagé son expérience avec moi et qui a pallié mes piètres compétences en néerlandais lors des conférences organisées.

Je remercie en dernier ma Chérie pour tout ce qu'elle a fait pour que ce travail me corresponde au mieux, de m'avoir soutenu, corrigé, encouragé et de m'avoir poussé pour que je fasse de mon mieux. Ce travail ne serait pas le même sans elle.

Et enfin, je vous remercie, vous, de prendre le temps de lire et de vous intéresser à ce travail.

En 2019, dans le cadre d'un cours de méthodologie, j'ai été confronté au choix difficile d'un thème pour écrire un premier travail de recherche. L'architecture étant, je pense, faite avant tout pour les gens, elle doit leur proposer un cadre de vie le plus agréable et le plus respectueux possible ; respectueux des différences, des difficultés, des capacités et des envies des personnes. L'espace doit, pour moi, être adapté à l'ensemble de ses utilisateurs.

Très vite m'est venu ce souvenir de ma grand-mère. Atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle fut placée dans une maison de repos avec unité de vie spécifique. Elle passait ses journées dans un espace de vie partagé, sans accès à l'extérieur, avec une quinzaine de personnes âgées, elles aussi malades, collées devant une télévision. Le soir, elle était ramenée à sa chambre, deux étages plus hauts, à l'opposé du bâtiment. Parfois, nous croisions d'autres résidents perdus, ne sachant plus où ils se trouvaient et nous demandant de les ramener chez eux. Ils ne voulaient pas retourner dans leur chambre ou à l'espace de vie, non, ils voulaient rentrer chez eux, ils ne considéraient pas cet établissement comme leur logement personnel, leur maison. J'ai alors compris, a posteriori, qu'il y avait, malgré la condition de malade de ces personnes, un problème de fond. Comment peut passer le reste de ses jours dans un environnement dans lequel on ne se sent pas chez soi ?

Il ne m'en fallait pas plus pour me lancer dans des recherches sur l'architecture pour les personnes malades d'Alzheimer. A ce moment-là, il était question de se demander si les personnes malades pourraient participer au processus de conception, mais je sentais qu'il me manquait un corpus de connaissance pour mener au mieux ce travail. Je me suis retrouvé à le finir avec plus de questionnements qu'en le commençant.

Quand il a fallu choisir un sujet de travail de fin d'études, l'idée d'approfondir cette question a très vite été mise de côté car considérée, à tort, comme trop éloignée de l'architecture et plus proche de la médecine. Au final, en rediscutant de cela dans mon entourage et avec les personnes ayant corrigé ce premier travail, j'ai été encouragé à explorer ce que je n'avais su faire plus tôt.

Et me voilà lancé à lire de plus en plus d'articles sur le sujet et à comprendre que la question de l'architecture pour ces personnes touche aux fondements de ce que constitue la pratique architecturale : proposer un espace de vie pour tous. Et de comprendre, très vite après, que c'est un gros problème de société actuel, que la recherche dans le domaine s'intéresse de plus en plus à l'architecture et qu'on ne sait pas exactement où l'on va avec cette augmentation continue des personnes atteintes de démence.

Je sais que ce travail de fin d'étude ne changera pas les politiques d'accueil en Belgique et qu'il ne changera pas non plus l'architecture de tous ces établissements inadaptés présents sur notre territoire. Mais je saisis ici l'occasion d'en parler, d'explorer ce thème encore trop peu abordé, d'analyser et d'essayer de comprendre ce qui ne l'a pas encore été. Je le fais parce que je suis convaincu que l'architecture et les architectes ont un rôle à jouer dans le combat face à la maladie et qu'ils peuvent proposer un environnement adapté aux personnes comme ma grand-mère.



05	<i>Remerciements</i>	36	<i>Objectifs et paradigmes de conception</i>
06	<i>Préambule</i>	39	<i>Barrières à la conception : complexité de la maladie et conflit d'usage</i>
09	<i>Sommaire</i>	40	<i>Contre le modèle institutionnel ?</i>
12	<i>Sigles et acronymes</i>	41	<i>Moyens d'action et impacts sur les résidents</i>
13	<i>Méthodologie, objectifs de recherche et limites</i>		<b>Outils de conception architecturale relatifs aux résidents</b>
17	<i>Introduction</i>	45	<i>Dispositions générales planimétriques: implantation et mise en forme</i>
	<b>Maladie d'Alzheimer et autres formes de démences : une brève introduction</b>	46	<i>Dispositions générales d'environnement : normalisation et niveaux de stimulations sensorielles</i>
21	<i>Brève histoire de la maladie</i>	48	<i>(Dés)Orientation et circulation</i>
22	<i>Autres formes de démences</i>	52	<i>Généralités d'éclairage et de distinction</i>
23	<i>Symptômes et espaces</i>	54	<i>L'espace de transition: l'entrée et la sortie</i>
25	<i>Stades de la maladie</i>	55	<i>L'espace de vie commune</i>
26	<i>Causes et traitements</i>	57	<i>L'espace de repas</i>
27	<i>Enjeux sociétaux et situation actuelle critique</i>	58	<i>Les espaces extérieurs</i>
	<b>L'architecture des établissements de la démence : espace et maladie</b>	60	<i>L'espace intime : chambre et salle de bains</i>
32	<i>Cadre institutionnel : hétérotopie et institution totalitaire</i>		

62	<i>Une architecture spécifique ?</i>
<b>Outils de conception architecturale relatifs au personnel et aux familles</b>	
65	<i>Outils de conception architecturale relatifs au personnel</i>
66	<i>Outils de conception architecturale relatifs aux familles</i>
67	<i>Mise au point et mise en place d'une grille d'analyse</i>
<b>Les architectures des établissements pour personnes atteintes de démences en Belgique</b>	
69	<i>L'encadrement en Belgique</i>
70	<i>Les différents modèles existants</i>
70	<i>MRS accueillant des personnes atteintes de démences</i>
71	<i>Espace de vie en MRS et MRPA</i>
72	<i>L'unité spécifique</i>
74	<i>L'institution spécialisée</i>
74	<i>Modèles innovants et inexistantes en Belgique</i>
76	<i>Sélection de cas d'études</i>

## **Résidence Saint-Joseph de Verviers**

79	<i>Historique et implantation</i>
80	<i>Circulation et désorientation</i>
84	<i>Les espaces de vie</i>
90	<i>Gestion de l'éclairage</i>
92	<i>Les chambres et salles de bains</i>
94	<i>La sécurité dans l'unité</i>
96	<i>Espaces extérieurs et lien avec le reste de la société</i>
100	<i>Les espaces du personnel et des familles</i>
100	<i>Et quand les unités sont séparées ?</i>

## **Résidence Roi Baudouin à Woluwe-Saint-Pierre**

103	<i>Historique, implantation et schéma de composition</i>
104	<i>L'espace de vie : un ensemble de différentes ambiances</i>
112	<i>Le parement extérieur et luminosité dans l'unité</i>
116	<i>Les chambres et salles de bains</i>
118	<i>Sécurité de l'unité et espace de sortie</i>

119  
*Les espaces extérieurs : quand  
l'architecture renferme*

122  
*Les espaces du personnel et des  
familles*

123  
*Relation et égalité des unités*

124  
*Une échelle et un fonctionnement  
domestique*

## **Conclusion**

155  
*Conclusion: Quel futur pour  
l'encadrement en Belgique ?*

## **Villa de la Huis Perrekes à Osterlo**

127  
*Historique, implantation et  
projet de vie*

130  
*L'espace de vie : ambiances et  
normalisation*

135  
*Les chambres et la circulation depuis  
le lieu de vie*

140  
*Les espaces attenants*

142  
*La sécurité dans la maison : fermeture  
de l'espace nuit*

143  
*L'espace extérieur: parc, jardin et  
porte d'entrée*

146  
*L'espace du personnel et des familles*

148  
*Un projet au-delà de la maison:  
philosophie et autres projets*

150  
*Bilan des études*

158  
*Bibliographie*

168  
*Table des figures*

182  
*Annexes*

191  
*Colophon*

## *Sigles et acronymes*

---

ADI :	Alzheimer's Disease International
AM :	Association Momentanée
ASBL :	Association Sans But Lucratif
AVIQ :	Agence wallonne pour une Vie de Qualité
BAEV :	Bureau Architecture Engineering Verhaegen
CANTOU :	Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
GDS :	Global Deterioration Scale
MRS :	Maison de Repos et de Soins
MRPA :	Maison de Repos pour Personnes Agées
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OWS :	Observatoire Wallon de la Santé
PMR :	Personne à Mobilité Réduite
SCU :	Special Care Unit

## *Méthodologie, objectifs de recherche et limites*

---

La recherche et l'étude de cas se basent sur un état de l'art des rapports entre le cadre architectural et les différentes formes de démences. Dans ce travail, le cadre architectural est considéré comme l'ensemble de l'environnement physique sur lequel un architecte peut avoir une influence. L'étude ne se limite donc pas au gros-œuvre fermé mais va bien jusqu'au détail de mobilier et de finitions autant intérieures qu'extérieures.

Cet état de l'art, ici défini comme *L'architecture des établissements de la démence : Espace et maladie*, permet de constituer une grille d'analyse, un cadre de lecture pour les différents établissements. Ce document permet de récolter des données de façon qualitative et quantitative. Cette grille est prévue pour accepter les descriptions visuelles écrites et les dires du personnel rencontré mais aussi les documents graphiques propres à l'architecte : plans, coupes, croquis, photographies. L'ensemble des données récoltées sert de base à une analyse, une mise en parallèle des différentes études existantes sur le sujet et une étude approfondie.

En parallèle à la constitution de cette grille, un recensement des différents établissements accueillant des personnes atteintes de démences en Belgique est réalisé. Il se base sur les différentes listes existantes des régions et provinces mais aussi sur les listes de différentes ASBL. Un premier tri est opéré pour ne conserver que les résidences ayant été construites après 1990 (dates des premières mises en place d'environnements adaptés en Belgique) ou ayant subi de gros travaux après cette date. Cette liste ne comprend que des établissements ayant pour fonction l'accueil permanent de personnes atteintes d'une forme de démence. Ces établissements sont la résidence principale des personnes malades. Trois établissements ont été sélectionnés dans cette liste pour être étudiés plus en profondeur. Chacun de ces établissements a fait l'objet d'une visite d'étude. Elles se sont déroulées entre le 20 mars et le 17 mai 2022, toujours avec l'autorisation de la direction de l'établissement. Les visites ont toutes duré deux heures maximum. Aucune question n'a été posée aux résidents, des questions de libertés des résidents ont été posées aux membres du personnel et des questions d'organisation ont été posées à la direction. Elles sont disponibles en annexe (*Annexe I*).

L'objectif de la recherche est de comprendre comment sont mis en place les outils de conception émanant des recherches sur l'architecture de la démence dans différents projets en Belgique, de comprendre les différences de mise en œuvre, les qualités, les défauts, le tout dans une démarche d'analyse architecturale uniquement. Les analyses explicitent donc les spécificités de chaque projet, les apports de l'architecture et les écarts par rapport aux connaissances actuelles.

Il était prévu que l'étude, lors de son commencement, débouche sur une étude comparative avec le modèle de village Alzheimer. Un modèle inexistant en Belgique mais qui commence à s'exporter depuis les Pays-Bas dans l'ensemble de l'Europe. Pour une comparaison la plus objective possible, il semblait nécessaire de visiter un village Alzheimer et d'y appliquer la même grille d'analyse que pour les autres établissements. La situation sanitaire internationale lors de la fin de l'année 2021 et du début de l'année 2022 a contraint les différents villages à annuler les visites d'études. Ajouté aux difficultés d'accéder aux bâtiments en Belgique, il paraissait compliqué d'atteindre cet objectif. Après discussions, le sujet a donc été requalifié et se limite donc aux établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences en Belgique. Ce travail laisse donc la porte ouverte à un analyse comparative étendue.

La recherche présente plusieurs limites. Tout d'abord la recherche est bien une recherche dans le domaine de l'architecture, les brèves notions de médecine abordées permettent uniquement de contextualiser et de ne pas étudier un objet complètement décontextualisé. Ces notions sont donc uniquement énoncées et non pas discutées, là n'est pas l'objectif de ce travail. Comme énoncé, les études de cas se limitent à des établissements résidentiels excluant donc toutes les institutions d'accueil de jour, d'insertion professionnelle, de rencontre et les sections hospitalières de la recherche.

L'étude se limite aussi à des établissements en Belgique pour des questions pratiques mais aussi pour des questions de pertinence. Dans les pays voisins que sont la France, l'Allemagne ou les Pays-Bas, les études de cas dans le domaine de l'architecture sur l'environnement physique de la démence sont déjà nombreuses. En Belgique, elles sont encore rares et ce sont essentiellement les organismes du secteur public qui dressent l'état de l'encadrement des personnes atteintes de la maladie. Il est donc nécessaire qu'en plus d'être mis en place, les nouveaux projets d'accueil soient étudiés et compris pour améliorer cet encadrement.

Tout au long de ce travail, des choix de terminologies ont dû être faits. Ainsi le terme résident est préféré à celui de malade, ce pour une cohérence de propos et de cadre de recherche, nous analysons des établissements où les personnes sont des habitants, ils sont considérés comme chez eux. A l'opposé d'un hôpital où la personne est accueillie parce qu'elle est malade, ici l'accueil se fait pour répondre à un besoin

de logement, pas nécessairement de soins. Le terme patient est exclu pour les mêmes raisons.

Le terme personne atteinte de démence est préféré à celui de personne démente, personne malade d'Alzheimer ou personne désorientée. Le terme personne démente est, dans notre société, souvent détourné de sa définition première et associé à la folie ou à l'irresponsabilité. Pour éviter une confusion ou une offense, il n'est pas utilisé. La maladie d'Alzheimer est certes la forme de démence la plus répandue mais ne constitue pas l'ensemble des pathologies des personnes en institution. Dès lors, parler d'établissement Alzheimer ou personne malade d'Alzheimer serait un abus de langage et exclurait une partie des résidents qui peuvent avoir des comportements et symptômes liés à une autre forme de démence. Et enfin, le terme personne désorientée revient souvent dans les analyses ou études mais ne considère qu'un seul symptôme de la maladie, la désorientation, or comme nous allons le voir, la démence comporte de nombreux autres symptômes.

*I know what time is, time is a thief*

*It'll steal into bed and rob you while you sleep*

*And you'll never feel it*

*It pulls off the covers, and rifles through your head*

*Then you'll wait to find you can't remember what you just said...*

*It happens to everyone...*

En 2016, lors de la 15e Biennale d'architecture de Venise, le thème de l'exposition entend montrer l'élargissement des problèmes auxquels fait face l'architecture contemporaine. Les représentants de l'Irlande, que sont Niall McLaughlin et Yeoryia Manolopoulou, choisissent de présenter les modifications de la perception spatiale que provoquent les différentes formes de démences et la complexité de la conception architecturale dans ce domaine. C'est la première fois que la question de l'architecture pour les personnes atteintes de démences est présentée dans un événement de grande envergure. L'objectif est de sensibiliser le public aux problématiques d'environnement inadapté et de rappeler que tous les individus ont le droit de vivre dans un habitat de qualité malgré l'urgence et le manque de place en institution dans le monde ([www.losingmyself.ie](http://www.losingmyself.ie))

Le titre de leur exposition, *Losing Myself*, renvoie directement à l'individu et à son déclin ainsi qu'au caractère imprévisible de la maladie qui peut toucher tout le monde. Lors de la Biennale, de nombreuses activités de dessins et de vidéos sont présentées et cocrées avec les visiteurs pour réfléchir aux liens entre mémoire et architecture, espace et sensation, usage et perception (McLaughlin, 2016). On voit là un intérêt du monde de l'architecture à ce problème de société. Ce ne sont plus uniquement les médecins et psychologues qui abordent des questions d'architecture mais bien des architectes qui commencent à se demander s'ils n'ont pas un rôle à jouer dans la construction d'une réponse au problème de la démence.

Au même moment, il est décidé de construire un village Alzheimer à Dax, en France. Ce modèle d'accueil de personnes atteintes de démences mis en place aux Pays-Bas se voulait novateur et était une première expérience. Après quatre années de mise en service et beaucoup d'encre écoulee sur le sujet, le modèle commence à s'exporter en Europe et requestionne l'ensemble des services d'encadrements déjà en place. Est-ce la seule solution ? Devons-nous abandonner les modèles existants ? Y a-t-il une réelle différence par rapport à ce qui existe déjà ?

L'inauguration se fait en 2020 et peu de temps après, l'ADI publie son rapport de l'année 2020. Ce rapport, bien différent des précédents, est entièrement consacré à la conception de l'environnement construit pour les personnes atteintes de démences, des pistes de réflexion directement adressées aux architectes y sont présentées et une série de projets exemplaires sont développés (Fleming, Zeisel & Bennett, 2020a). A ce moment-là, aucun établissement belge ne se trouve dans la liste. Le village de Dax quant à lui, à peine ouvert, y est déjà répertorié comme un établissement « extrêmement bien » adapté (Fleming, Zeisel & Bennett, 2020b, p.131). Deux ans après, le village de Dax estime pourtant qu'il est encore trop tôt pour dresser un bilan et juger l'efficacité du village dans un contexte bien différent de son homologue néerlandais.

Les architectes commencent à avoir un rôle de plus en plus important dans la conception de ce type d'établissement mais cela leur demande des efforts d'adaptation et de compréhension des usagers bien supérieurs à la plupart des projets. Leur importance est bien comprise par le monde médical qui commence de plus en plus à former des équipes de conception rassemblant des psychologues, des médecins, des infirmiers et des architectes pour mener au mieux les projets futurs.

Parce que le défi est grand, presque 60 millions de personnes atteintes de démences dans le monde (ADI, 2018), bientôt 200 000 en Belgique (Alzheimer Europe, 2019). La capacité d'accueil en institution est bien insuffisante pour que toutes les personnes qui ont besoin d'un encadrement adapté soient prises en charge et l'infrastructure chez nous est de plus en plus vieillissante. Face à cette situation, un danger apparaît : la construction de masse d'établissements à bas coût et inadaptés pour répondre au besoin. Face à cela, il est essentiel que l'ensemble de la population soit au courant que cela ne se fait pas sans conséquences sur le bien-être des personnes malades. L'encadrement des personnes atteintes de démences demande des aménagements et des investissements importants, et ce pas seulement au niveau architectural.

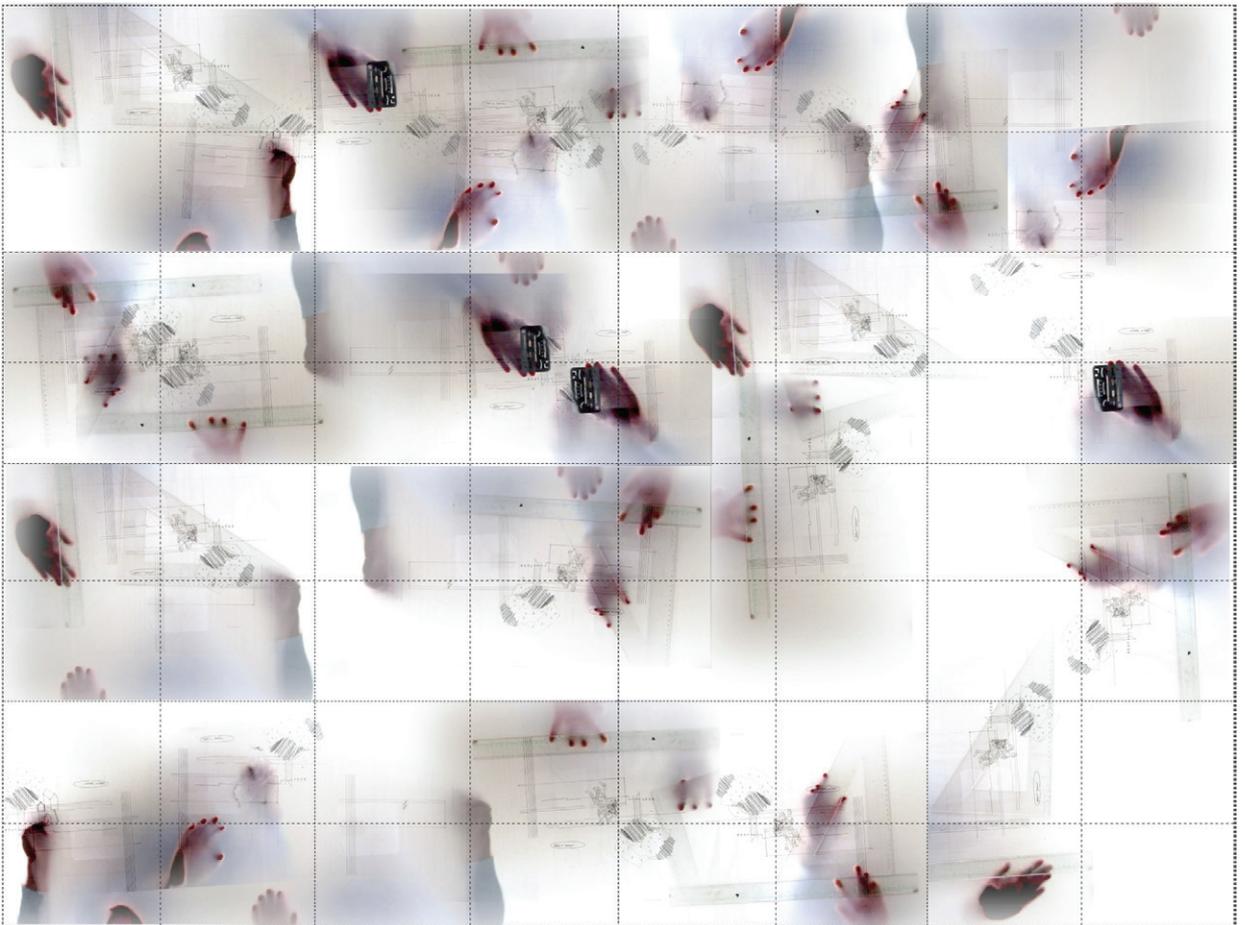
La normalisation, l'aspect le plus résidentiel possible, l'appropriation et la personnalisation des lieux, une orientation facilitée, une lumière naturelle maximisée, un projet de vie global ou encore le mobilier adapté et inscrit dans une réflexion à grande échelle sont autant d'outils que l'architecte doit s'approprier pour permettre de proposer un cadre de vie le plus adapté possible et qui permet aux personnes de continuer à vivre leur vie comme elles l'entendent.

Ce travail étudie tout d'abord les relations entre la démence et l'architecture, les moyens d'action et leurs possibilités de mise en œuvre. Il est proposé ensuite de parcourir la situation en Belgique et les modèles d'accueil qui y sont présents. Il se termine par la présentation de trois études de cas en Belgique pour comprendre comment les outils théoriques sont appliqués ou non dans des projets concrets.

Ce travail se base essentiellement sur un corpus constitué d'études dans le domaine de la psychologie environnementale et de l'architecture de la santé. Des ouvrages purement médicaux ont été utilisés pour des mises en contexte et des ouvrages spécifiques sur l'architecture de la démence pour les analyses. Les études de cas se basent aussi sur les sites internet traitant des différents établissements visités ainsi que sur les entretiens et visites faits personnellement.

L'objectif de ce travail n'est pas de dire ce qu'il faut faire mais bien de comprendre comment, concrètement, cette architecture peut se mettre en place, comment elle peut être détournée, adaptée. Savoir quels sont les enjeux et appréhender brièvement les multiples mises en forme possibles. La recherche tente donc de répondre à cette question : comment les spécificités architecturales des établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences peuvent-elles être mises en œuvre ? La réponse est cherchée via des études de cas mais, nous le verrons, elles ouvrent surtout à de plus grands questionnements.

Fig. 2  
↓  
Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démences lors de l'exposition *Losing Myself* © Níall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou



# MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES FORMES DE DÉMENCES : une brève introduction



L'architecture destinée à accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne peut être étudiée qu'avec une compréhension de la maladie. Surtout, il faut tenter de comprendre les personnes pour qui cette architecture est destinée, leur comportement, leurs capacités et leurs limites ainsi que les modifications qu'implique la maladie dans la vie au quotidien. Mais il faut aussi appréhender leur rapport à l'espace et aux différentes sensations qu'il procure. Il est donc proposé, avant d'aborder les liens entre architecture et maladie, de brièvement introduire la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démences.

La maladie d'Alzheimer se définit comme étant une maladie qui affecte les neurones de façon chronique et progressive. Elle provoque des dommages irréversibles et amène à un état de démence. (Larousse, 2020). Cette définition peut cependant être complétée. La maladie d'Alzheimer se manifeste essentiellement par une modification du comportement et une perte de capacités neurologiques et physiques, elle est dite neurodégénérative (Mandell & Green, 2014).

## *Brève histoire de la maladie*

---

En 1901, Alois Alzheimer, alors psychiatre à Francfort, examine Auguste Deter, une femme âgée de 51 ans. Elle est amenée par son mari qui observe un changement comportemental soudain, elle commençait à cacher des objets et à être dans un état constant de panique et de terreur mais elle faisait surtout preuve d'une jalousie anormale (Mandell & Green, 2014). Alzheimer suivra cette patiente tout au long de son hospitalisation où de nombreux autres symptômes apparaîtront, notamment des pertes de mémoire, une agitation anormale et des insomnies mais aussi des problèmes pour écrire ou faire un travail autant manuel que mental (Mandell & Green, 2014). Elle décéda en 1906 et, la même année, Alzheimer présenta le cas de A. Deter à l'Assemblée des psychiatres du sud-est de l'Allemagne (Alzheimer, 1906) et publia un article en lien en 1907 (Alzheimer, 1907) et qui sera revu en 1911 avec l'analyse d'un second cas (Alzheimer, 1911). Auguste Deter est aujourd'hui considérée comme le premier cas recensé de personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Graeber & Mehraein, 1999).

Cependant, ces découvertes resteront assez silencieuses et, pendant les 50 années qui suivront, la maladie d'Alzheimer sera considérée comme une forme de démence présénile (Mandell & Green, 2014). La distinction se fait alors presque uniquement selon le critère de l'âge malgré le fait que certains autres médecins, comme le

docteur E. Kraepelin<sup>1</sup>, défendront le fait que la maladie d'Alzheimer est une maladie à part entière et indépendante de l'âge (Mandell & Green, 2014).

Dans les années 70, l'augmentation croissante de cas de la maladie d'Alzheimer dans le monde induit des investissements importants dans la recherche sur la maladie (Growdon, 2014). Il sera découvert que les neurotransmetteurs liés aux capacités mémorielles se désagrègent chez les patients atteints de la maladie (Growdon, 2014). En 1984, des critères sont posés pour permettre de la diagnostiquer.

## *Autres formes de démences*

---

Souvent, la différence entre la maladie d'Alzheimer et la démence est peu connue. La démence est un dysfonctionnement cérébral qui peut avoir de nombreuses causes et provoque de multiples symptômes (Morin, 2014). Le terme démence recouvre de nombreuses maladies, dont celle d'Alzheimer; la différenciation entre ces maladies se fait essentiellement via une accumulation de symptômes types et via des analyses biologiques et comportementales en laboratoire (Morin, 2014). Aucune d'elles n'est due à un vieillissement normal (OMS, 2021) et elles peuvent, dans certains cas, toucher des personnes jeunes. Il est donc assez difficile de diagnostiquer rapidement une forme spécifique de démence. La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus fréquente, touchant entre 55 et 70 % des malades selon les sources (Morin, 2014 ; Mandell & Green, 2014 ; OMS, 2021). De nombreuses autres formes de démences existent, comme la maladie à corps de Lewy (qui représente 15 % des malades de démences), la démence fronto-temporale ou encore la maladie de Huntington (Morin, 2014). La frontière n'est pas toujours claire entre les différentes formes de démences, et elles peuvent même apparaître ensemble (OMS, 2021).

Nous n'allons pas développer ici l'ensemble des formes de démences et les distinctions entre-elles car là n'est pas le but. Il semblait cependant important de spécifier que les établissements pour personnes atteintes de démences ne sont pas conçus uniquement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les spécificités des autres types de démences agrandissent le champ des objectifs de ces établissements. Une personne atteinte de maladie à corps de Lewy va, par exemple, présenter des troubles moteurs bien plus importants qu'un malade d'Alzheimer et donc demander une attention et des aménagements particuliers.

Dès lors, il serait réducteur de parler de maladie d'Alzheimer du simple fait qu'elle constitue la majorité des formes de démences car c'est bien l'ensemble des formes de démences dont il est question dans ce travail.

<sup>1</sup>Emil Kraepelin (1856-1926) est un psychiatre allemand. C'est lui qui, en 1910, dans un manuel destiné à ses étudiants, nommera la maladie d'après le nom de son collègue à l'Université de Munich, Alois Alzheimer. (Kraepelin, 1910 ; Growdon, 2014)

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer sont semblables à ceux des autres types de démences citées ci-dessus (Mandell & Green, 2014). La ligue Alzheimer en recense dix : une perte de mémoire, une détérioration du langage, des erreurs de jugements, l'incapacité de penser de façon abstraite, des problèmes dans la réalisation de tâches quotidiennes, une dispersion d'objets à des endroits auxquels ils n'ont pas leur place, une perte de motivation importante, des changements d'humeur et de comportements soudains, une modification du caractère, des difficultés à communiquer et, cela sera développé plus tard, une désorientation spatiale et temporelle (Ligue Alzheimer ASBL, s.d. ; Mandell & Green, 2014). Les personnes atteintes de démences présentent aussi une confusion et une modification de la personnalité. A des stades plus avancés, elles peuvent ne plus reconnaître des objets, elles ont des difficultés à se concentrer et peuvent rapidement devenir anxieuses ou agressives (Büter et Marquardt, 2021). Des tâches quotidiennes comme lire, s'habiller, se laver, se nourrir peuvent aussi devenir compliquées, voire impossibles (Büter et. Marquardt, 2021).

La maladie d'Alzheimer provoque aussi des troubles visuels et une modification de la perception de l'espace (Cronin-Golomb, 2014). Les personnes atteintes de démences ont des difficultés à percevoir les nuances de couleurs, à visualiser les différences de profondeur, une plus grande sensibilité aux contrastes et une difficulté à percevoir les mouvements (Cronin-Golomb, 1995). Il y a une hétérogénéité dans les manifestations des troubles visuo-spatiaux, la sévérité de ce symptôme varie grandement d'un malade à l'autre (Cronin-Golomb, 2014). Les chercheurs Grover C. Gilmore et Cecil W. Thomas ont reproduit, via un filtrage d'images, ce qui pourrait correspondre au mieux au déficit visuo-spatial qui touche les malades de démences (Cronin-Golomb, 2014)(*fig 4*). Nous voyons ici, malgré que le document soit en noir et blanc, que la différenciation des marches et la perception de la profondeur sont plus compliquées.



Fig. 4 →  
Simulation de la vision d'une  
personne malade d'Alzheimer et  
atteinte de troubles visuo-spatiaux  
© Thomas M. Laudate

Ces déficits, associés à la perte de mémoire et aux difficultés de planification de cheminement, peuvent provoquer une désorientation (Marquardt, 2011). La désorientation est un des symptômes qui apparaît le plus tôt, souvent au troisième stade (GDS) de la maladie (Marquardt, 2011), il exacerbe dans un environnement inconnu (Wiener & Pazzaglia, 2021) mais apparaît aussi, plus tard, dans un environnement familier. Ce symptôme peut mettre le malade dans un état de stress, pensant qu'il a été kidnappé (Büter & Marquardt, 2021). C'est le symptôme qui pousse le plus les familles à placer leur proche en institution (Marquardt, 2011). La désorientation spatiale provoque un comportement particulier chez une partie des malades, ce comportement s'appelle la déambulation. Un malade déambule quand il marche sans raison, sans objectif. C'est un comportement qui peut être dangereux car il épuise le résident qui risque en plus de se perdre. Il ne faut cependant pas annihiler ce comportement qui a aussi des effets positifs sur le comportement des malades (Rolland & al., 2003). Ce comportement est, avec la désorientation, central parce qu'il n'y a pas de traitement pharmacologique pour les réguler ou les amoindrir. Il n'y a que les moyens non-pharmacologiques, comme l'environnement architectural adapté, qui ont un effet (Rolland & al., 2003).

Il est parfois difficile de distinguer vieillissement et maladie, certains symptômes s'ajoutant à des manifestations de la vieillesse comme les détériorations visuelle et auditive ou la perte de mobilité (Büter et Marquardt, 2021). C'est essentiellement le déclin dans l'action de tâches au quotidien touchant à l'hygiène, aux tâches ménagères, aux paiements mais aussi la modification de la personnalité qui marque la limite entre le vieillissement et une possible forme de démence (Mandell & Green, 2014).

Une fois un diagnostic posé, l'espérance de vie est, en moyenne, de dix ans mais peut aller jusqu'à vingt ans (Mandell & Green, 2014).

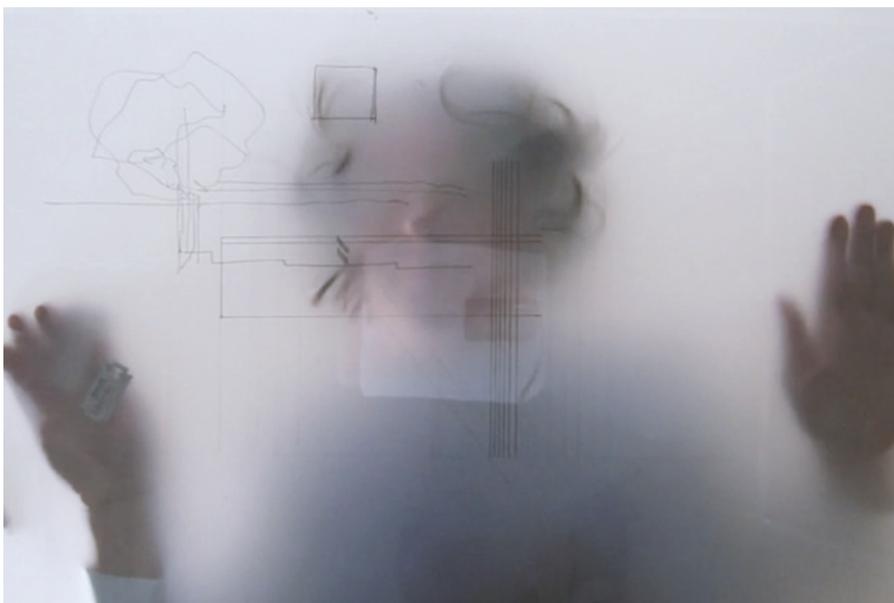


Fig. 5 ←  
Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démences lors de l'exposition *Losing Myself* © Niall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou

L'évolution de la démence n'est que rarement linéaire. Pour permettre au personnel de soins d'adapter leur prise en charge, des échelles de stades de la maladie ont été mises en place. Il existe deux échelles couramment utilisées, celle définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en trois stades (OMS, 2021) et le *Global Deterioration Scale* (GDS) définie par le docteur Barry Reisberg en sept stades (Reisberg & al., 1982). En Belgique, c'est essentiellement l'échelle à trois stades qui est utilisée (Ligue Alzheimer ASBL, s. d.). Cependant, une grande partie des recherches sur les liens entre architecture et démence utilise la GDS. Nous allons rapidement les parcourir en ciblant les moments où l'architecture peut intervenir comme support à la diminution des capacités.

L'échelle de l'OMS divise la maladie en trois stades, le stade initial, puis l'intermédiaire et le dernier stade ou stade tardif (OMS, 2021 ; Ligue Alzheimer ASBL, s.d. ; Büter & Marquardt, 2021). Au stade initial, le malade présente des pertes de mémoire et perd conscience de l'écoulement du temps, mais il montre aussi déjà des signes de désorientation et des difficultés à maintenir son autonomie. Au deuxième stade, outre les pertes de mémoire importantes et le changement de personnalité, le malade a des problèmes d'orientation dans son propre domicile et a besoin d'une assistance et d'un cadre spécifique pour le maintien de son hygiène (OMS, 2021). Le malade commence aussi à avoir des difficultés à effectuer des tâches simples (Büter et Marquardt, 2021). Au dernier stade, le malade est complètement dépendant, ne sait presque plus communiquer ni conceptualiser, ne sait parfois plus marcher et se replie entièrement sur lui-même. Il ne fonctionne que par des fragments de souvenir flous (OMS, 2021 ; Ligue Alzheimer ASBL, s.d. : Büter et Marquardt, 2021).

L'échelle GDS est plus précise puisqu'elle compte sept stades, allant d'aucun déficit cognitif à la démence sévère avec des déficits cognitifs très sévères (Reisberg & al., 1982). Nous n'allons pas détailler ici les différents stades selon la GDS. Ce que nous pouvons retenir de cette échelle, c'est que la désorientation, l'anxiété et la diminution des contacts sociaux apparaissent dès le troisième stade de la maladie, donc assez tôt dans la progression de la démence (Reisberg & al. 1982).

Nous voyons que l'environnement spatial a un rôle à jouer très tôt dans la progression de la maladie, souvent même avant le placement en institution. Le placement se fait souvent à un stade déjà avancé et la modification brutale d'environnement ne fait souvent qu'aggraver les symptômes. Nous verrons plus tard comment, malgré cela, l'architecture peut avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des malades.

Il y a différentes causes et différents facteurs qui peuvent conduire à développer une forme de démence. L'âge est bien évidemment le facteur de risque le plus important mais des facteurs génétiques, un accident cérébral ou traumatique, ou une mutation de chromosomes peuvent aussi mener à développer une démence (Mandell & Green, 2014). Il existe peu de moyens de se protéger contre la démence, les seules recommandations sont d'avoir un mode de vie sain, une consommation raisonnable d'alcool et de caféine et de pratiquer régulièrement des exercices physique et mental (Mandell & Green, 2014). En soi, nous sommes tous exposés à développer une forme de démence un jour et ce sans vraiment de moyen efficace pour contrer son arrivée.

La possibilité même de trouver un jour un traitement qui permet un retour total à la normale a toujours été débattu. Aujourd'hui, la probabilité de trouver un traitement qui permet un effet rétroactif de la démence est très faible et n'a fait que diminuer depuis les recherches des années 70 (Mandell & Green, 2014). Il faut donc agir en amont, avant l'apparition de symptômes, en diagnostiquant les personnes susceptibles d'être malades. Les études sur des traitements pharmacologiques à un stade très précoce de la maladie sont prometteuses et permettraient possiblement, à terme, d'éviter l'apparition de la maladie chez certaines personnes (Delrieu & Vellas, 2020).

Il existe cependant des traitements dont l'objectif est de limiter les détériorations comportementales, cognitives et physiques (Mandell et Green, 2014), ils doivent avoir dès lors des effets à court et long terme. Il existe deux formes de traitements : ceux dit pharmacologiques, ou médicamenteux, et ceux non-pharmacologiques. C'est essentiellement les traitements non-pharmacologiques qui nous intéressent ici, ils doivent être prioritaires aux autres formes de traitement car ils n'utilisent que des stimuli et actions environnementales (Mandell & Green, 2014). Ce sont, par exemple, mettre en place une routine de vie, aider dans les tâches quotidiennes, communiquer de façon calme et simple. Mais c'est aussi mettre en place une architecture adaptée qui évite les éléments et les changements environnementaux qui peuvent déclencher des situations inconfortables ou douloureuse pour les résidents. (Mandell & Green, 2014).

L'augmentation de l'espérance de vie provoque un vieillissement de la population. Il est accompagné d'une augmentation du nombre d'individus atteints de démences. Cette situation d'augmentation constante est un problème grandissant dans la société actuelle (Ankri, 2009). La maladie d'Alzheimer et les autres maladies apparentées deviennent d'ailleurs l'une des plus grandes causes des problèmes de santé publique actuels (Mandell & Green, 2014 ; Van Audenhove & al., 2009).

L'incidence croissante ne fait qu'aggraver la situation. En 2009, le nombre de personnes atteintes de démences était estimé à 35,1 millions dans le monde (ADI, 2009). Les derniers chiffres de 2020 l'estimaient à 52 millions et les prévisions estiment que l'on devrait atteindre les 82 millions en 2030 et les 152 millions en 2050 (ADI, 2018). Cette augmentation se fait essentiellement dans les pays émergents mais l'Europe est aussi confrontée à cette augmentation rapide, le nombre de personnes pourrait doubler d'ici 2050 pour atteindre les 16 millions de personnes malades (Alzheimer Europe, 2019).

La présence et l'augmentation croissante de la maladie dans le monde posent de réels problèmes de société. Une mise à mal des systèmes de soins de santé, une surpopulation des établissements d'accueil spécialisés ou non et un coût économique que l'on estime pouvoir atteindre 230 milliards d'euros en 2030 pour l'Europe (Kenigsberg & al. 2009).

L'Alzheimer Disease International (ADI) rappelle dans son rapport de 2020 que la majorité des hôpitaux et maisons de repos ne sont pas conçus ni prêts à accueillir des personnes atteintes de démences (Fleming, Zeisel & Bennett, 2020a). Ce rapport faisant le point sur la situation de la conception architecturale pour la démence est assez clair, il existe des solutions pour améliorer la situation et prévenir le futur tout en conservant les objectifs du cadre environnemental (Fleming, Zeisel & Bennett, 2020a). Mais cela passe forcément par un investissement massif dans l'ensemble des établissements destinés à l'accueil des personnes atteintes de démences et une meilleure communication sur l'architecture spécialisée. Encore aujourd'hui, la majorité des individus, dont les architectes, n'ont que peu d'intérêt pour les spécificités de ces établissements (Fleming, Zeisel & Bennett, 2020a). La réflexion n'est souvent basée que sur le bon sens sans réellement prendre en compte les études et le consensus existants.

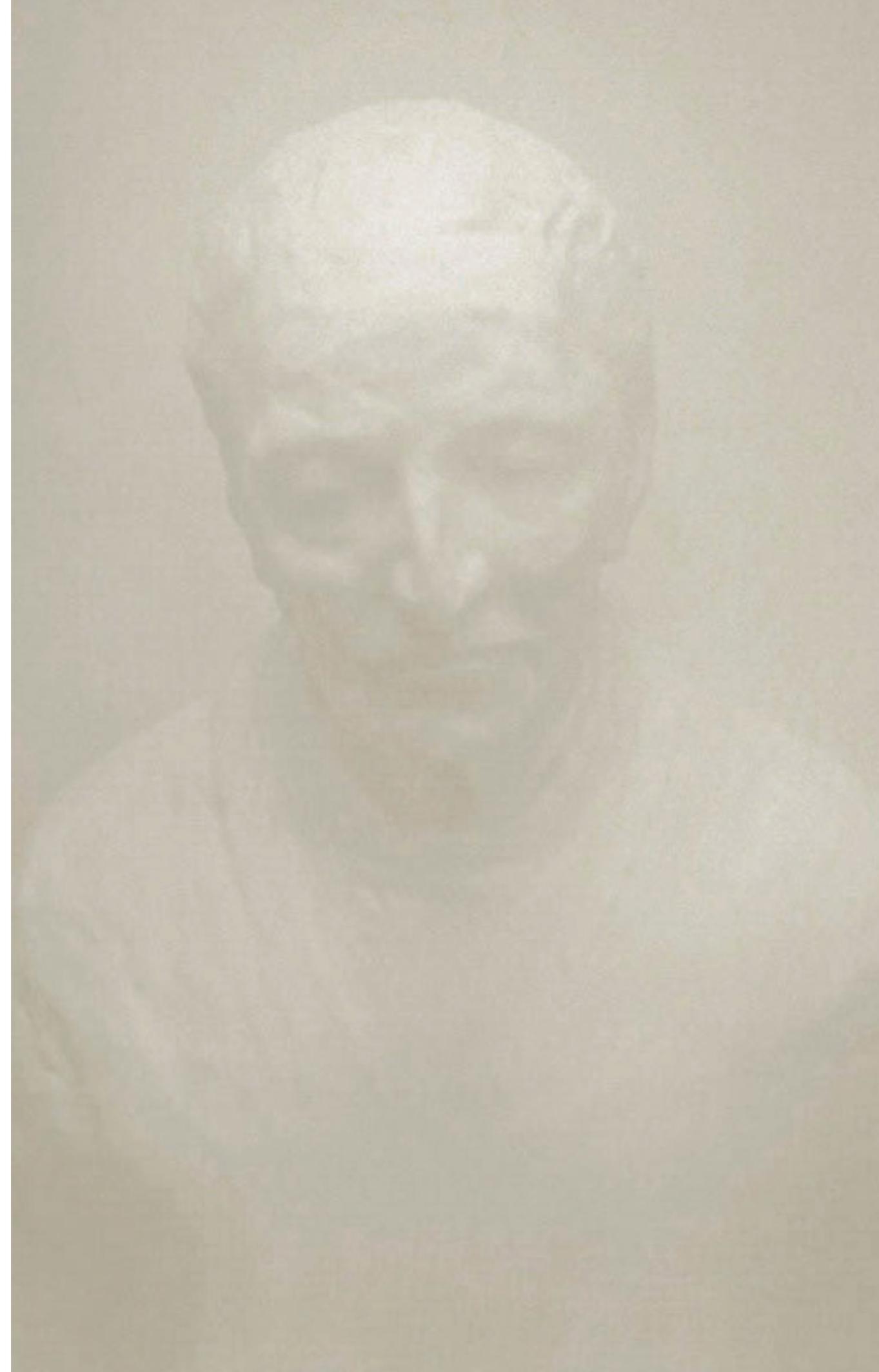
En Belgique, la situation est comparable au reste de l'Europe. L'évolution démographique qui additionne vieillissement, dépendance et baisse de l'état de santé d'une grande partie de la population met une grosse partie des systèmes de santé sous pression. L'augmentation

du nombre de démences n'est qu'une des manifestations de cette évolution mais représente l'un des problèmes majeurs dans notre pays. En 2018, Alzheimer Europe (2019) recensait approximativement 193 000 personnes atteintes de démences en Belgique, soit presque 1,7 % de la population à ce moment-là. On estime à 360 000 le nombre de malades en 2050. Une grande partie de ces personnes se retrouvent souvent seules et n'ont que peu d'autres options que d'aller en institution. Le rapport sur les soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée de la Fondation Roi Baudouin (Van Audenhove & al., 2009) énonce les conséquences de cette situation : une surcharge des soins de santé et encore plus des services spécialisés, une surpopulation des résidences, une surcharge de travail dans les infrastructures d'accueil, un manque de personnel qualifié et non qualifié (bénévoles) et une augmentation des personnes qui souffrent de la démence au quotidien dû au manque de prise en charge (Van Audenhove & al., 2009).

Ces problèmes sont clairement d'ordre politique. Il faut un plan d'actions à tous les niveaux, de l'information au dépistage et, bien sûr, dans la mise en place d'un accueil de qualité à l'échelle nationale (Van Audenhove & al., 2009).

La démence en Belgique est un enjeu actuel et futur. Pour pouvoir se préparer et mettre en place une politique d'accueil réaliste, il faut mobiliser l'ensemble des moyens d'actions qui existent et en rechercher de nouveaux. Les domaines de l'architecture ont un rôle à jouer dans ce défi. Le cadre de vie est l'élément le plus présent au quotidien pour les malades, alors que des activités, des repas, des visites, des séances de relaxation et de conversation ne sont que temporaires. Pour Kevin Charras (2014), l'environnement construit reste le moyen non pharmacologique le plus efficace de lutter contre la maladie. Après cette introduction de la maladie, nous allons expliciter comment l'architecture peut avoir un impact sur les formes de démences, à quel niveau et dans quelle mesure.

Fig. 6 →  
Photographie d'une sculpture  
d'Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt  
©Alexandra Cool



# L'ARCHITECTURE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA DÉMENCE : espace et maladie



L'architecture pour les personnes atteintes de démences s'intéresse à comment l'espace est perçu et vécu, et comment le cadre de conception doit être adapté. Les personnes pour qui ces architectures sont construites ne vivent pas l'espace de la même façon que n'importe qui (Fedderson & Lüdtkke, 2014). La constitution d'un projet pour des usagers si particuliers demande un travail de collaboration entre de nombreux acteurs, c'est une architecture qui ne peut être le fruit que d'un travail interdisciplinaire (Fedderson & Lüdtkke, 2014).

Actuellement, la réflexion architecturale prenant en compte les personnes atteintes de démences se limite en grande partie aux établissements spécialisés à leur accueil, ou aux espaces uniquement destinés à être utilisés par eux (centre d'accueil de jour, maison de soins spécialisés, maison de repos spécialisée totalement ou en partie)<sup>2</sup>. La création de ce type d'établissement pose de nombreuses questions mais permet aussi de développer des spécificités spatiales adaptées aux usagers.

Nous allons, avant de parcourir ces spécificités et leurs impacts, aborder le cadre dans le lequel s'inscrivent ces établissements, les paradigmes dans lesquels ils sont conçus et leurs relations avec l'ensemble des usagers.

Rappelons avant cela que le travail de recherche qui est mené ici se limite à l'étude d'établissements résidentiels spécialisés qui constituent le logement principal des malades, les autres espaces de la démence, comme des centres d'accueil de jour ou les Alzheimer cafés, ne sont pas abordés dans ce travail. Il est important aussi de rappeler que l'architecture ne soigne pas la maladie d'Alzheimer ni aucune autre forme de démence. Comme énoncé plus tôt, aucun traitement rétroactif n'existe actuellement et, comme pour une partie des traitements non-pharmacologiques, l'architecture spécifique pour la démence a des objectifs clairement établis et limités. Ils sont, eux aussi, développés ci-dessous.

<sup>2</sup>L'étude de l'environnement centré autour de la démence commence timidement à sortir des établissements spécialisés dans une optique d'inclusivité dans la société. Ces études se basent cependant souvent sur les connaissances bien établies dans le domaine spécialisé.

Le cadre instauré dans les établissements qui accueillent des malades de démences fait en sorte de créer une société interne à une autre société. C'est ce que Michel Foucault nomme un espace autre, une *hétérotopie* (Foucault, 1967). Il précise ce concept en y ajoutant le terme déviant, une *hétérotopie déviante* ou une déviation (Foucault, 1967). Un établissement où des personnes ne correspondant pas à la norme sont réunies. Les principes que Foucault énonce pour les *hétérotopies* correspondent clairement aux établissements concernés, parcourons-les brièvement pour comprendre en quoi ils peuvent interroger les principes de conceptions d'architecture qui découleront plus tard.

Tout d'abord, Foucault énonce que chaque *hétérotopie* a un fonctionnement particulier (Foucault, 1967). Chaque établissement a donc un fonctionnement et une organisation qui diffèrent des autres en fonction des cultures et des conceptions de prise en charge des malades. Nous le verrons dans les analyses, mais pour des établissements similaires, des considérations différentes des résidents modifient grandement le cadre architectural. Foucault (1967) explique aussi que les *hétérotopies* réunissent plusieurs espaces incompatibles et qu'elles sont profondément liées à un découpage du temps. Elles fonctionnent en décalage avec ce qu'il appelle le temps traditionnel, il prend l'exemple des cimetières qui commencent quand la vie se termine (Foucault, 1967). Pour ce qui est des maisons de repos et de soins, c'est le passage à une perte de contrôle partielle du temps, les résidents ne sont plus entièrement maîtres de leur gestion du temps. C'est encore plus vrai pour les personnes atteintes de démences qui, souvent, ne planifient plus ou ne savent plus planifier leur quotidien.

Mais Foucault (1967) poursuit surtout en écrivant que les *hétérotopies* sont toujours séparées du reste de la société par un système de fermeture perméable. Il y a toujours une forme d'exclusion dans les espaces autres, qu'elles se fassent par le statut social, par des capacités financières ou, comme dans ce cas-ci, par des capacités cognitives. Il termine la caractérisation des espaces autres en expliquant qu'ils ont toujours une fonction par rapport au reste du monde (Foucault, 1967). Dans ce cas-ci, les établissements expriment certaines de leurs fonctions de façon très claire et les mettent en avant alors que d'autres sont induites par leur rôle dans la société et sont connues de tous de façon implicite.

Si l'on part du postulat que les établissements conçus dans l'optique d'accueillir des personnes atteintes de démences rentrent, par leurs caractéristiques, dans ce que Foucault appelle des *hétérotopies*, alors se pose la question de la manière dont elles sont construites au sens large (implantation, statut, fonctionnement, matérialité) et de comment les caractéristiques développées par Foucault s'expriment

ou non dans l'architecture. Mais Michel Foucault (1967), avant de parler des *hétérotopies*, aborde le sujet de l'emplacement humain et des préférences à avoir en fonction de la situation. Dans le cadre concerné ici, les réflexions qu'il entame sur la relation de voisinage, la circulation ou le repérage sont, nous le verrons, essentielles dans les établissements pour personnes atteintes de démences.

Cette réflexion menée par Foucault (1967) sur ces types d'espaces et ces sociétés internes à une société plus grande est ici croisée avec le travail d'Erwing Goffman dans son livre *Asiles* (1968) où il théorise, ce qu'il appelle, les *institutions totalitaires*. Dès le début, il définit ce qu'il considère comme une *institution totalitaire*. C'est avant tout un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. » (Goffman, 1968, p. 41). S'en suit une différenciation entre cinq types d'*institutions totalitaires*, en fonction du statut et des intentions des reclus. Beaucoup ne touchent pas aux établissements étudiés ici comme les institutions d'individus ayant de mauvaises intentions (prison) ou des établissements utilitaires (caserne de pompiers) mais les deux premières catégories qu'il dépeint peuvent correspondre à la structure d'un établissement pour personnes atteintes de démences. La première regroupe les institutions où sont prises en charge les personnes incapables<sup>3</sup> et inoffensives (vieillards). La deuxième, les personnes incapables et dangereuses mais de façon involontaire (malades psychiatriques par exemple). Les institutions dont nous parlons ici n'existaient pas au moment des travaux de Goffman, il ne cite donc ce type d'établissement à aucun moment. Dès lors il est difficile de les classer de façon certaine au vu du statut des malades qui peuvent, dans certaines conditions, être des dangers pour la société mais qui n'ont pas le même statut qu'une personne atteinte de troubles psychiatriques ou d'une maladie contagieuse.

Cela n'empêche cependant pas de prendre en compte les considérations plus générales que Goffman développe. Le travail sur les rapprochements entre les travaux de Goffman et le cadre général d'accueil de personnes atteintes de démences mériterait d'être plus développé. Ici, nous allons uniquement aborder les points les plus pertinents au niveau architectural et contexte spatial que Goffman (1968) énonce.

<sup>3</sup> Par incapable, nous parlons ici de personnes incapables de subvenir à leurs propres besoins.

Fig. 8 →  
Limite entre le parc de la résidence Saint-Joseph et la prison de Verviers. Deux institutions totalitaires se confrontent

© X. De Lanève



Tout d'abord, la question de l'isolement. La fracture entre le monde extérieur et l'institution modifie, selon Goffman (1968), la personnalité des individus et leur enlève leur rôle dans la société. Il énonce que ce qui rompt le plus avec ce rôle dans la société est l'interdiction de recevoir des visites. Il faut aujourd'hui nuancer ces propos, dans le cas étudié ici, les visites sont toujours autorisées, aucun établissement ne refuse catégoriquement des visites des familles. Cependant, les visites sont très souvent régulées via des horaires, des listes ou un nombre maximum de visiteurs par résident. Nous le parcourrons plus en profondeur par la suite, mais l'architecture et la mise à disposition d'espaces destinés à l'accueil des familles modifient énormément le degré de fermeture, ou d'ouverture en fonction des discours, vers le monde extérieur. Ici s'ouvre le questionnement sur la mise à disposition de tels espaces et de leurs impacts sur les personnes atteintes de démences.

Un autre point qui est abordé par Goffman (1968) et qui ouvre un débat sur l'architecture des institutions est ce qu'il appelle le dépouillement. Il énonce que dès l'arrivée dans une institution totalitaire, le reclus est privé d'une grande partie de ses biens, ils sont remplacés par des objets uniformes à tous les reclus. Dans notre cas, nous verrons que la question des biens personnels est complexe. Une interdiction d'emporter des biens induit, selon Goffman, un sentiment d'appartenance forcé à l'institution et une impossibilité d'exprimer sa personnalité.

Goffman (1968) utilise le mot totalitaire car il parle ici d'institutions dont le caractère reclus est poussé au niveau de la matérialisation physique de la barrière : une porte, une grille, des barbelés.

Elles brisent aussi les relations entre les lieux de repos, de divertissement et de travail, contrairement au reste de la société. Ici tout se passe au même endroit avec, en fond, cette conscience de la société pluri-spatiale. Cette société « extérieure » s'exprime clairement par la dualité, et la hiérarchie, surveillant/surveillé (Goffman, 1968). Dans les maisons de repos en général, c'est la relation aide-soignant/résident qui incarne la complexité entre les reclus et le monde extérieur; les aides-soignants sont encore engagés dans la société et la vie dans l'institution est un travail alors que les résidents n'ont des rapports que très limités avec le reste de la société (Goffman, 1968).

Il conclut son analyse de l'univers du reclus en disant que très souvent, la vie dans une *institution totalitaire* va de paire avec une dégradation de l'image de soi. Se pose alors la question complexe et qui nous intéresse de l'impact de l'environnement sur l'individu dans un établissement de ce type. L'environnement d'un établissement totalitaire peut-il avoir un impact sur la condition du reclus et comment différencier cet impact de l'évolution normale du comportement de ce reclus (Goffman, 1968) ? Dans le cas qui nous concerne ici, la phrase

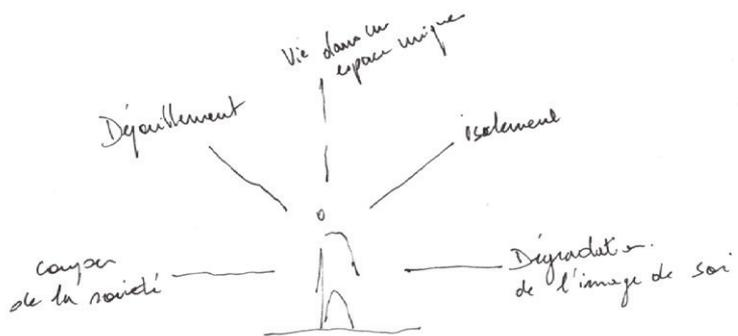
pourrait être tournée comme ceci : dans des établissements pour personnes atteintes de démences, quels sont les impacts, positifs ou négatifs, s'il y en a, de l'environnement (architectural en l'occurrence) sur la progression de la maladie et comment les différencier d'une progression dans un autre contexte dit « normal » ?

Avant de répondre à cette question et de parler de la manière de penser les établissements pour personnes atteintes de démences, reparcourons brièvement ce que Foucault et Goffman posent comme bases et réflexions sur ce type d'établissements.

Nous considérons donc que les établissements pour personnes atteintes de démences sont à la fois des *hétérotopies* et des *institutions totalitaires*. Il en résulte donc, selon Foucault (1967), que ces établissements ont un fonctionnement propre et qu'ils sont fermés tout en étant perméables. Goffman (1968) le rejoint quand il parle des *institutions totalitaires*<sup>4</sup>. Elles sont fermées du monde extérieur tout en ayant une certaine perméabilité au travers de la dualité surveillant / surveillé. La matérialisation de cette fermeture est donc un point fort de la constitution de ce type d'établissement. De plus, les questions d'appartenance, de l'image de soi, de l'isolement et du dépouillement sont aussi mises sur la table de la réflexion par Goffman (1968). Il est important de préciser qu'au moment où ces recherches sont publiées, aucun établissement pour personnes atteintes de démences n'existe encore. Au vu de la spécificité de ces établissements, certaines caractéristiques énoncées, essentiellement par Goffman dans *Asiles* (1968), ne peuvent pas s'appliquer aux personnes atteintes de démences et ce pour une raison énoncée plus tôt. Les personnes malades de démences sont certes malades mais elles ne vont jamais dans un établissement spécialisé dans un objectif de guérison ou d'une éventuelle sortie à un moment. Comme Manon Labarchède (2018) le précise, dans le cas des établissements Alzheimer, l'institution devient le domicile définitif. Dès lors les analyses sur « l'homme comme une chose » (Goffman, 1968) ou sur le système de punitions sont moins pertinentes dans le contexte de ce travail. Il faut donc, en plus de cette base sur l'institution en général, approfondir la compréhension du paradigme spécifique aux établissements qui sont étudiés ici en se penchant sur les études postérieures et les paradigmes dans lesquels sont compris et conçus les établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences.

<sup>4</sup>En soit, au vu de la définition d'une hétérotopie et des caractéristiques des institutions totalitaires, on peut considérer que les institutions sont, pour la majorité, des hétérotopies.

Fig. 9 →  
© X. De Lanève



S'il y n'y a pas de traitements curatifs pour les différentes formes de démences, nous pouvons nous demander à quoi peut servir l'architecture adaptée aux malades. Quand on sait que 90% des personnes atteintes de démences sont placées en institution avant de décéder (Mandell & Green, 2014), les missions des établissements devraient être clairement identifiées et communiquées à tous les résidents et leurs familles. La dimension émotionnelle de la mise en institution d'un proche est souvent sous-estimée pourtant c'est bien le changement total de cadre de vie que le malade, souvent, subit (Feddersen, 2014). Ce qui paraît évident et qui, pourtant, n'est que peu conscientisé, c'est que l'établissement de soins devient la « maison » du résident, c'est le centre de son monde, ce qui remplit le besoin primaire de sécurité (Feddersen, 2014). L'environnement doit être protecteur pour le résident avec une diminution des capacités cognitives, les résidents doivent s'y sentir bien, la conception touche au sens premier de l'architecture, proposer un abri où l'on se sent en sécurité. Mais elle ne doit cependant pas être directive et contraindre les résidents, elle doit laisser place aux libertés individuelles et les laisser vivre comme ils l'ont appris. (Feddersen, 2014).

Les objectifs de la conception d'environnements destinés à accueillir des personnes atteintes de démences sont multiples mais peuvent être résumés en un ensemble de moyens qui permet de compenser au mieux les limitations que la démence produit (Büter et Marquardt, 2021) et de tenter de permettre aux résidents de mener une vie quotidienne qui a un sens (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009). Le rôle de l'architecture est donc directement lié aux symptômes de la maladie et des comportements qui en découlent tout en proposant des espaces qui concilient le besoin de soins et l'habitat (Labarchède, 2018). Büter et Marquardt (2021) énoncent quatre objectifs de ce qu'ils appellent la *dementia-friendly architecture* :

- Favoriser l'indépendance, encourager la mobilité et l'activité physique des résidents
- Avoir un environnement qui permet une stabilité émotionnelle et une orientation aisée
- Proposer un cadre de travail qui limite les confrontations d'usages
- Proposer un cadre accueillant qui combine fonctionnalité, hygiène, esthétique et respect des usagers.

Un autre objectif qui paraît de premier abord assez évident mais qui, dans ce contexte particulier est plus complexe, est la question de la sécurité (Steenwinkel Van, Verstraeten & Heylighen, 2016). En effet, avec des personnes dont les capacités cognitives sont affaiblies et chez qui la perception de l'espace est différente, des éléments d'ordinaire inoffensifs peuvent provoquer des chutes (Van Hoof & al., 2010). Une salle de bains avec peu de contrastes augmente, par exemple, le risque de chutes.

Cette liste, non exhaustive, peut être complétée par d'autres objectifs qui correspondent à des modèles développés différents mais qui regroupent, au minimum, tous ceux cités ci-dessus. On peut citer l'objectif de diminuer les troubles du comportement ou une réhabilitation totale de l'autonomie des résidents (Charras, 2013), faciliter l'orientation, favoriser les contacts sociaux, réduire l'agitation et l'anxiété des résidents et éviter leur surstimulation (Van Hoof & al., 2010)

Pour atteindre ces objectifs, la conception architecturale des établissements pour personnes atteintes de démences, peu importe le modèle, a évolué en utilisant des concepts déjà existants et transportés d'autres domaines. Aujourd'hui, nous pouvons considérer qu'il existe un paradigme dans lequel sont (ou devraient être) conçus les établissements dont nous parlons. Nous allons ici présenter un bref éventail de ce paradigme complexe en constante évolution. Il nous permettra par la suite de comprendre les moyens d'actions qui existent aujourd'hui et leurs liens avec les objectifs déjà énoncés.

Tout d'abord, l'objectif de la réflexion n'est pas de comprendre la maladie et comment la faire ralentir mais bien d'appréhender les handicaps qu'elle provoque pour pouvoir au mieux les pallier (Day, Carreon & Stump, 2000 ; Chrysikou, Tziraki & Buhalis, 2018). « Le handicap d'une personne peut être considéré comme la combinaison des ses déficiences et de son incompatibilité avec son environnement physique... » (Charras, Demory, Eynard & Viatour, 2011, p. 206). On comprend bien ici l'impact de l'environnement physique sur la perception du handicap. Une architecture adaptée peut permettre d'atténuer (ou de gommer une partie) des handicaps.

L'un des modèles fondateurs du développement d'établissements spécialisés dans le traitement de malades incurables est le modèle salutogénique, ou la salutogénèse. D'abord développé par Aaron Antonovsky en 1979 comme une théorie générique des sciences de la santé (Chrysikou, Tziraki & Buhalis, 2018), le modèle est transporté dans le domaine de l'architecture par Alan Dilani (2006). Le principe est de proposer un moyen de lutter contre la maladie grâce à des méthodes non pharmacologiques ou autres que des interventions médicales et de favoriser les moyens qui améliorent le bien-être plutôt que ceux qui réduisent les risques. La salutogénèse tente de concilier l'aspect soins de santé, le contexte social et la conception/ planification

(Chrysikou, Rabnet Tziraki, 2016) en inversant l'idée de « permettre aux malades de vivre dans un contexte via des traitements » pour « un environnement adapté aux malades ». L'environnement devient un « support intelligent » (Charras, Demory, Eynard & Viatour, 2011, p.207) qui permet d'améliorer le bien-être des résidents.

Dilani propose d'utiliser l'environnement physique et son impact en complément aux autres traitements et de sortir d'une conception industrielle des établissements de soins pour mettre le bien-être des malades au premier plan (Dilani, 2006). Son hypothèse est que la conception comme soutien aux malades permet, via une attirance de l'attention, une réduction de l'anxiété (Dilani, 2006). Notons, et c'est important, que cette pratique centrée autour du malade et non de sa maladie était déjà pratiquée depuis les années quatre-vingt aux États-Unis et en Scandinavie mais sans être théorisée. Il existait donc, avant cette théorisation, des modes de fonctionnements similaires qui avaient, scientifiquement, déjà fait leurs preuves (Chrysikou, Tziraki & Buhalis, 2018).

Pour que ce modèle fonctionne, il faut cependant avoir une compréhension du rapport homme-environnement et de l'expérience de vie des malades. Proposer un espace qui n'est pas adapté aux compétences des résidents parce qu'il est trop complexe à appréhender ou, au contraire, parce qu'il est infantilisant, parce qu'il sous-estime les capacités de ceux-ci, ne peut être que source de démotivation, angoisse ou stress (Charras, Demory, Eynard & Viatour, 2011).

A côté de ce modèle qui constitue une base de réflexion, lors de la constitution d'une politique intérieure d'un établissement ou lors de l'élaboration d'un projet d'architecture pour un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de démences, s'ajoute la théorie de la *normalisation*, ou environnement familial (*homelike environment*). D'abord utilisée dans le milieu de l'autisme, cette théorie a aussi fait ses preuves dans le milieu de la démence (Steenwinkel Van, Verstraeten & Heylighen, 2016). Cette théorie est une théorie générale qui porte sur l'ensemble du contexte et qui promeut la référence constante à un contexte familial, l'habitation. En réalité, elle s'oppose surtout à l'archétype de l'institution hospitalière. Le but est de réduire au maximum l'aspect clinique du contexte (Chrysikou, Tziraki & Buhalis, 2018 ; Steenwinkel Van, Verstraeten & Heylighen, 2016). Cette théorie touche directement à la question du contexte bâti mais pas uniquement, la référence à une vie « ordinaire » passe aussi par le statut des aides-soignants, la façon de communiquer, les repas qui sont proposés. Au niveau architectural, cette théorie questionne la quasi totalité de ce qui est mis en place : le schéma de circulation, l'entrée d'une chambre, le mobilier, la gestion de la lumière, les matérialités ...

La complexité de cette théorie est de comprendre où se trouve la barrière entre la conception d'un établissement spécifique et l'ensemble de logements partagés. La théorie de la normalisation

entend concilier les soins de santé et le besoin d'avoir un chez soi qui se réfère à l'habitation traditionnelle. Il est difficilement imaginable de concevoir ce type d'établissement sans main courante dans les couloirs, par exemple, et pourtant c'est un élément qui est en opposition totale avec le modèle de l'habitation et qui fait directement référence à l'hôpital. Quand l'accent est trop mis sur la normalisation, il y a aussi un risque d'une perte de professionnalisme du côté des aides-soignants (Verbeek et al., 2009). Le but n'est donc pas d'adapter un modèle clinique pour le rendre plus résidentiel ou d'adapter le modèle de maison de repos pour qu'il réponde aux besoins de santé mais bien de créer un nouveau modèle. Ce modèle se doit d'être adapté aux soins, tout en limitant leur importance dans la vie quotidienne en créant un environnement familial qui évite au maximum les conflits d'usage entre ces deux fonctions qui ne se rencontrent que peu dans d'autres contextes. Il doit aussi pouvoir permettre de faire la balance entre un lieu de vie et un lieu de travail, un espace où l'un n'empêche par l'autre (Charras & Eynard, 2014).

Ces deux théories qui créent un paradigme de conceptions posent cependant certains problèmes. Comme déjà énoncé ci-dessus, et nous le verrons plus tard aussi, la question du conflit d'usage se pose à de nombreuses reprises et constitue une contrainte forte lors de choix de conception. Mais surtout, le fait que l'expression de la maladie soit spécifique pour chaque individu atteint, impose une adaptation constante de l'environnement qui doit laisser, nous allons le voir, des possibilités d'appropriation et personnalisation du contexte.

## *Barrières à la conception : complexité de la maladie et conflit d'usage*

---

Comme discuté dans la présentation de la maladie, les malades ne présentent pas tous les mêmes symptômes et ne réagissent pas tous de la même façon aux stimuli environnementaux.

En plus de cela, le passé et les expériences de vie différentes rendent les concepts discutés ci-dessous plus complexes qu'il n'y paraît. Par exemple, la référence au logement diffère énormément d'une personne à l'autre. On comprend l'idée de la théorie de la normalisation dans son aspect non-hospitalier mais elle devient plus floue dans ses principes de référence à la résidence. La palette de statuts socio-économiques et de bagages culturels des résidents empêche l'uniformisation de l'expression de cette référence à la résidence passée, il est donc extrêmement compliqué de mettre en place cette théorie dans cet aspect. Le danger est de créer un décor, alors qu'il faut mettre en place des espaces dans lesquels les résidents trouvent un sens et qui leur permettent de l'exprimer (Charras, Demory, Eynard & Viatour, 2011). La solution trouvée par certains établissements est de créer des

divisions en fonction des bagages culturels, des goûts de chacun mais aussi, parfois, en fonction de l'âge ou du stade de la maladie. On tombe alors dans une forme de ségrégation interne à un établissement qui est contreproductive (Chryssikou, Tziraki & Buhalis, 2018).

Une autre solution qui permet, sans pour autant exprimer de formule miracle, de mettre en place cette idée d'environnement familial pour les résidents est de permettre une personnalisation de celui-ci. Cela passe par l'autorisation, au niveau de la chambre du résident, d'apporter des meubles personnels, de laisser une liberté dans le choix de la décoration ou des couleurs des murs, la possibilité d'accrocher des cadres et de les changer régulièrement.

Mais une possibilité d'appropriation qui coexiste avec un environnement qui a pour but de favoriser le bien-être et qui passe donc forcément pas la présence d'éléments de soins risque de provoquer ce que Kevin Charras (2014) appelle un « conflit d'usage ». Un conflit d'usage apparaît quand plusieurs types d'utilisateurs qui ont des besoins et rôles différents coexistent dans un même espace (Charras, 2014). Dans les établissements spécialisés pour personnes atteintes de démences, il y a conflit d'usage autant dans les espaces communs que privés. Le simple fait de promulguer des soins dans la chambre d'un résident provoque un conflit d'usage puisque l'espace le plus privé devient un lieu de soin où l'aide-soignant prend les devants (Charras, 2014). Dans les espaces communs, la présence d'éléments découlant d'une normalisation peut gêner les aides-soignants dans leur pratique du métier tout comme les outils de soins vont eux à l'encontre de ce principe.

Lors de la réflexion autour d'un établissement de ce type, il faut donc toujours avoir en tête la complexité, et parfois l'ambiguïté, qu'il y a entre ces différents concepts, les objectifs, les rôles des différents individus qui cohabitent et surtout la complexité de la maladie. Kevin Charras résume bien cela en disant : « Un espace doit tenir compte de l'ensemble des utilisateurs, de leur personnalité, de leur préférence, de leur statut, de leur rôle et de leurs activités » (Charras, 2014, p.37).

## *Contre le modèle institutionnel ?*

---

Au vu de ce qui a déjà été développé plus tôt, une réflexion émerge. Au départ des caractéristiques d'une institution comme développée par Goffman (1968) et Foucault (1967) et des modèles et théories qui existent actuellement pour mettre en place une institution pour personnes atteintes de démences, on comprend qu'il y a une sorte d'opposition et que la réalité actuelle du terrain se trouve entre les deux. On se retrouve avec des établissements spécialisés qui ont une image qui correspond à la définition d'institution totalitaire, essentiellement véhiculée par les médias (Labarchède, 2018), mais qui, d'un autre

côté, tentent de mettre en place des environnements architecturaux d'accompagnement des malades qui sortent des modèles hospitaliers et des maisons de repos.

Un de ces modèles qui a été développé est celui du modèle hôtelier. L'impact de ce modèle est encore discuté. Certaines études observent une satisfaction chez les résidents et familles (Chrysikou, Tziraki & Buhalis, 2018) et d'autres ne le recommandent pas (Charras, 2014). Le problème réside dans le fait que l'environnement hôtelier fait directement référence aux vacances et donc à un séjour temporaire (Charras, 2014).

Comme le dit Kevin Charras et son équipe (2011), ce qui est énoncé ci-dessus et l'expertise nécessaire pour appréhender ce type de bâtiment rend souvent démunis les maîtres d'ouvrage et architectes. Entre l'ensemble des acteurs à réunir, les responsabilités que cela implique et les réglementations urbanistiques qui imposent toutes des modifications et contraintes directement sur la forme construite de l'architecture, il est de plus en plus difficile de concevoir un ensemble cohérent qui place le bien-être des résidents au premier plan (Charras, Demory, Eynard & Viatour, 2011).

L'exercice mental demandé pour s'écarter de l'imaginaire de l'établissement spécialisé lors de la conception et de rentrer dans un mode de pensée qui permet, en plus de toutes ces contraintes, de concevoir le meilleur projet possible, n'est pas aisé. Dès lors, le projet d'architecture pour ce type d'établissement devrait forcément nécessiter l'avis de psychologues et psychiatres (Ploton & Cropier, 2006).

Toutes les recherches sont d'accord pour dire qu'il n'existe pas de définition de modèle architectural qui peut être répété qui fonctionne. Autrement dit, il n'y a pas de « formule miracle », cependant il existe, et les recherches sont aussi d'accord sur ce point, des clés de compréhension, des théories, des méthodes et ce que j'appelle des *moyens d'actions* qui peuvent être utilisés lors de la conception de projet.

## *Moyens d'action et impacts sur les résidents*

---

Ces moyens d'actions sont des guides pour une conception architecturale d'établissement spécialisé pour personnes atteintes de démences. Ils émergent des différentes études qui existent sur l'impact de l'environnement physique sur les malades de démences. Ces moyens balayent toutes les échelles d'interventions, ils vont de la réflexion sur l'implantation du bâtiment jusqu'au choix de luminaire ou du dessin du mobilier. Ensemble, ils permettront, nous le verrons, de mettre en place une grille de lecture pour la suite du travail de recherche.

Spécifions cependant qu'appliquer ces guides de façon unilatérale n'a que peu d'efficacité s'ils ne sont pas considérés dans un projet global d'établissement qui va au-delà du contexte physique et des compétences de l'architecte. La collaboration avec les autres intervenants est, selon John Zeisel (2005), primordiale pour créer un établissement spécialisé efficace et cohérent. Trop souvent, la réflexion se limite à des questions d'accessibilité qui pourtant ne permettent que de remplir peu d'objectifs que les directions d'établissements se donnent (Van Hoof, 2010).

La classification des moyens diffère d'une étude à l'autre. Il est donc proposé ici de fonctionner via une séparation en fonction des utilisateurs, une grande partie tournée autour des résidents, une autour du personnel et une autour des familles. Une sous-division est effectuée en fonction des typologies d'espaces, une partie aborde des considérations plus générales.

Certains de ces points d'attention ont un impact prouvé sur certains comportements, quand c'est le cas, il sera mentionné l'impact et l'étude qui le développe, de même quand le but est uniquement une question de sécurité. Certaines études énoncent quant à elles des guides sans en expliciter à chaque fois le but, dans la majorité des cas, c'est uniquement le bien-être des résidents qui est visé. Seuls les points touchant directement à la conception architecturale, c'est-à-dire sur lesquels un architecte peut avoir une influence, sont explorés.

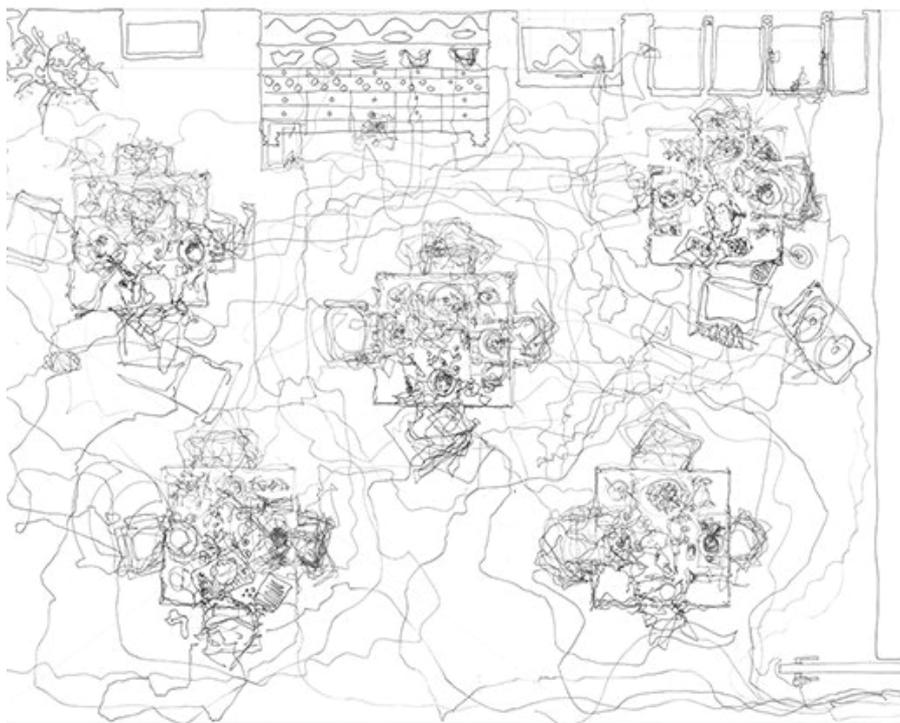
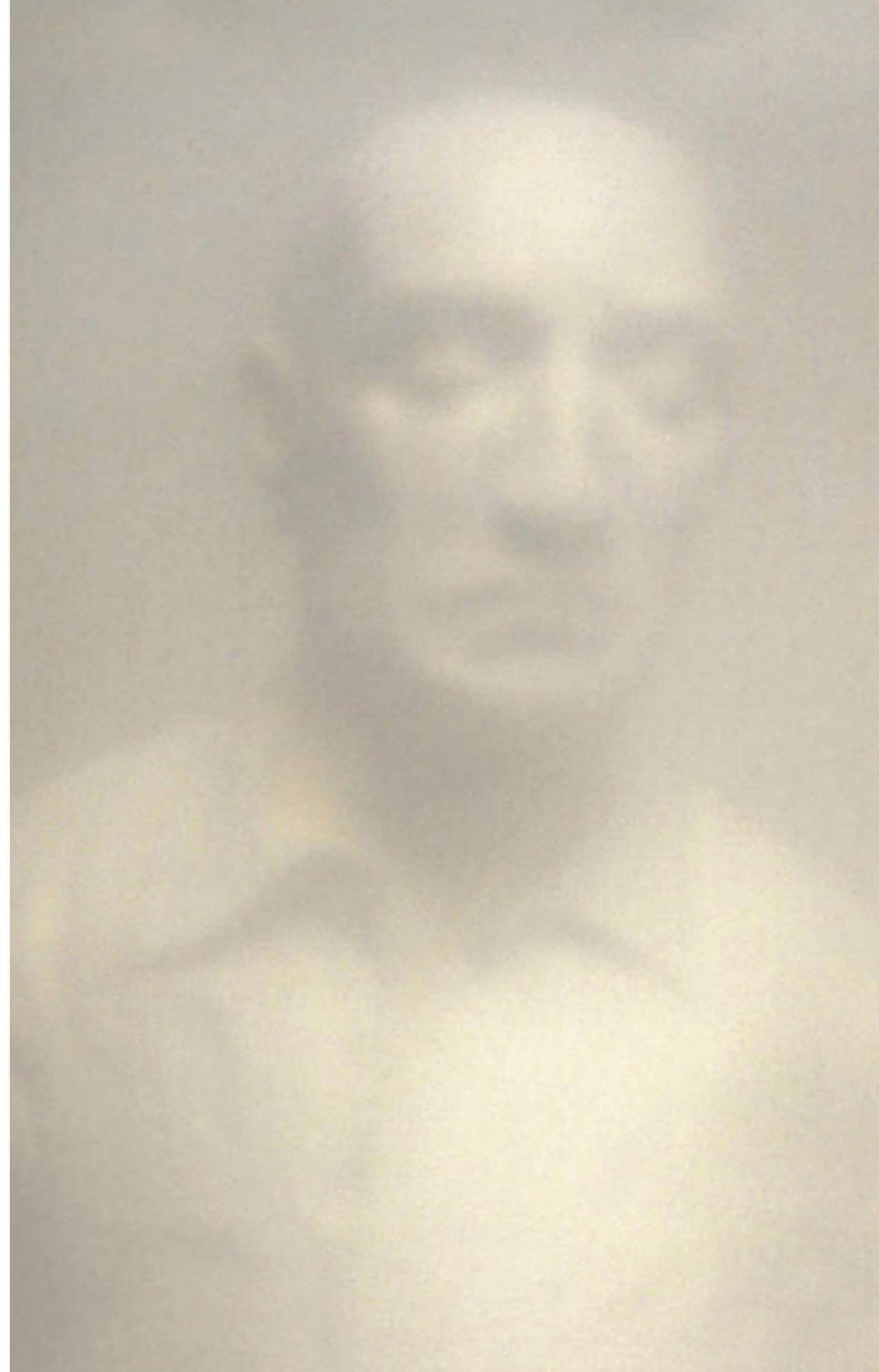


Fig. 10 ←  
Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démences lors de l'exposition *Losing Myself*.

Ici, les déplacements des individus lors d'un repas sont représentés. On observe beaucoup de déplacements d'une table à l'autre et souvent de façon indirecte.

© Níall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou

Fig. 11 →  
Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt  
©Alexandra Cool



# OUTILS DE CONCEPTION ARCHITECTURALE RELATIFS AUX RÉSIDENTS



## *Dispositions générales planimétriques : implantation et mise en forme*

---

Lors d'un projet d'architecture, la première étape est souvent la réflexion quant à l'implantation générale de la construction ou de l'extension. Le choix du terrain où se situe le projet est très rarement dépendant de l'architecte et il paraît évident qu'un site dans un environnement calme est préférable. De plus, le caractère calme du lieu est corrélé avec une meilleure orientation des résidents dans l'établissement (Day, Carreon & Stump, 2000). Nous pouvons cependant préciser qu'une implantation dans un environnement reculé de tout, malgré un calme assuré, n'est pas conseillé. En effet, il est toujours préférable de garder un contact avec la «société extérieure», comme le dit Erwing Goffman (1968), pour permettre des activités extérieures avec les résidents et une accessibilité plus aisée pour les familles.

Comme tout projet, l'implantation d'un établissement pour personnes atteintes de démences doit prendre en compte de nombreux paramètres : accès, nature des sols, règlements urbanistiques, éléments existants,... Pour ce type de construction, il faut particulièrement porter attention aux différentes sources sonores. En plus des problèmes d'écoute dus à l'âge, la maladie d'Alzheimer impacte directement la clarté de l'écoute en perturbant les signaux entre l'oreille et le cerveau (R. Pollock, 2014). Il en résulte une difficulté accrue d'isoler certains sons ou même de nier des sons. Les personnes atteintes de démences peuvent donc rapidement se sentir isolées lors d'une conversation qui est couplée à un bruit de fond constant (R. Pollock, 2014), comme un passage fréquent de voitures, une autoroute au loin ou une école. À l'inverse, une bonne gestion des sons ambiants augmente l'envie d'engager la communication et diminue donc l'isolement (McManus & McClenaghan, 2010).

La maladie affaiblit aussi la perception des sons dans l'espace. Il est plus difficile pour un malade d'Alzheimer d'identifier d'où provient un son et donc son origine, ce qui peut causer un stress supplémentaire. Lors de la conception, il faut donc bien identifier et maximiser la visibilité des sources sonores importantes (R. Pollock, 2014). Un bruit de fond nocturne provoque aussi plus d'insomnies chez les malades d'Alzheimer.

Au niveau de l'impact sur les résidents, il a été démontré qu'une bonne gestion des bruits extérieurs à l'établissement réduit donc le stress et les insomnies dues à la maladie, mais permet aussi de réduire la consommation d'anti-douleurs (R. Pollock, 2014).

À l'échelle du bâtiment, la réflexion menée quant à la forme du plan doit aussi prendre en compte de multiples contraintes dues à la fonction. Une grande partie des schémas de fonctionnement du

bâtiment sont développés plus spécifiquement ci-dessous et explorés dans les différentes études de cas. Ce que l'on peut cependant spécifier, c'est que la typologie de plan la plus efficace est la petite unité de vie. Un plan où le résident, dans l'incapacité de se forger une carte mentale du lieu, peut avoir une vue claire sur l'ensemble du bâtiment permet de réduire le stress et facilite l'orientation dans le bâtiment (Wiener & Pazzaglia, 2021).

Il faut aussi éviter un schéma qui se répète (Marquardt, 2011). La typologie de cours avec multiples étages qui se répètent ou un bâtiment longitudinal peuvent, par exemple, être une source de désorientation pour les résidents.

## *Dispositions générales d'environnement : normalisation et niveaux de stimulations sensorielles*

---

Le principe de normalisation a été développé théoriquement mais il s'exprime de façon très concrète à de multiples niveaux dans l'architecture, du langage architectural général au dessin des portes. Très souvent, il est lié à une souplesse d'appropriation et de personnalisation contrôlée. Nous avons vu que la complexité de ce principe est due aux différences entre les résidents. Pour y répondre, il est possible de proposer des espaces modifiables au quotidien, des chambres qui sont transformables (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014) et un panel d'espaces aux caractéristiques différentes. Rappelons que la normalisation ne passe pas uniquement par l'environnement physique mais bien par l'ensemble du contexte dans lequel se trouvent les malades, c'est un concept holistique. Elle passe donc aussi par le choix des repas, des activités ou encore des soins (Verbeek & al., 2016).

L'une des façons les plus souvent utilisées pour mettre en place ces concepts est de laisser les résidents apporter leurs propres meubles, dans la chambre et dans les espaces de vies, ou de laisser les résidents choisir les décorations (Chaudhury & al., 2016). Au niveau pratique, la normalisation est parfois difficile à mettre en œuvre. Il est en effet compliqué de mettre en place des espaces inaccessibles (stockage ou techniques) qui restreignent les libertés des résidents et les infantilisent (Chaudhury & al., 2016). Il en résulte souvent un camouflage des accès à ces espaces.

L'efficacité de la normalisation, la personnalisation et le caractère non-institutionnel ont été démontrés par de nombreuses études (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014 ; Villars & al., 2009 ; Day, Carreon & Stump, 2000). On observe une amélioration considérable du bien-être émotionnel, une augmentation des interactions sociales, une diminution des tentatives de fuites, une réduction de l'agitation, une diminution de l'agressivité (physique et verbale) et de l'anxiété et un usage moins important de médicaments tranquillisants (Marquardt,

Fig. 13 →  
 Porte d'entrée d'un service  
 Alzheimer en France. La  
 photographe Maja Daniels y a  
 passé trois ans à photographier  
 le quotidien des résidents et  
 notamment cette porte à l'aspect  
 très hospitalier par laquelle les  
 résidents tentent de partir.  
 ©Maja Daniels



Bueter & Motzek, 2014 ; Day, Carreon & Stump, 2000). D'autres études observent aussi une augmentation de l'autonomie des résidents et une diminution des comportements intrusifs (Chaudhury & al., 2016).

Cependant, la normalisation ne présente pas que des bénéfices. Il a été observé qu'elle augmente la désorientation et diminue l'alimentation des résidents. De même, ceux qui sont dans des établissements qui présentent des caractéristiques non-institutionnelles ne montrent pas une espérance de vie plus élevée (Day, Carreon & Stump, 2000).

Tous les dispositifs mis en place touchent forcément les sens des résidents. La compréhension des sens que les résidents ont et le degré de stimulation qui va en découler est, comme pour le reste, dépendant de chaque individu et des stades de la maladie. Nous allons différencier ici deux utilisations de l'environnement physique qui touchent aux sens des résidents. Tout d'abord la répétition de l'information via les sens et ensuite la stimulation sensorielle comme moyen d'améliorer le bien-être.

Les capacités sensorielles étant, de manière générale, réduites chez les personnes atteintes de démences, un moyen d'être sûr qu'une information est communiquée est de la répéter de multiples façons et, si possible, en éveillant différents sens (Marquardt, 2011). Les numéros de chambres sont, par exemple, accompagnés de photographies, de

symboles ou de lignes au sol (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014) ou alors les indications de niveau sont énoncées oralement dans les ascenseurs. A noter que ces éléments qui permettent de se repérer par exemple sont encore plus efficaces quand ils sont choisis par les résidents eux-mêmes (Marquardt, 2011). Il faut cependant faire attention lors de l'utilisation d'éléments visuels qui peuvent rapidement devenir des obstacles infranchissables. Un dessin en deux dimensions au sol ou sur un mur peut être perçu par un résident comme un élément en trois dimensions (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014). On imagine facilement les problèmes que cela peut causer au niveau du comportement, le résident devenant rapidement anxieux face à une situation qu'il ne comprend pas.

La stimulation des sens primaires a, quant à elle, un autre but. Elle vise à améliorer le bien-être des résidents en les stimulant via des dispositifs destinés à cela ou en jouant avec des caractéristiques existantes. Par exemple, une exposition partielle à une lumière naturelle vive permettrait de réduire les insomnies, de diminuer l'agitation et les comportements violents (Chaudhury et al., 2016 ; Marquardt, 2011). Certains établissements mettent aussi en place des espaces équipés de dispositifs qui ne servent qu'à stimuler les sens des résidents comme des systèmes de couleurs dans des fibres optiques, des roues de couleurs, de la musique relaxante (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014). Dans ces cas-là, il est toujours plus efficace de prévoir ces dispositifs au moment de la conception de l'établissement. Une stimulation modérée des résidents permet d'augmenter l'implication des résidents dans les activités quotidiennes (Day, Carreon & Stump, 2000). Une surstimulation peut, elle, avoir des effets négatifs sur le comportement des difficultés à se concentrer, une augmentation de l'agitation et la mise en état de confusion du résident (Day, Carreon & Stump, 2000).

Nous voyons donc que la normalisation et, en partie, la stimulation sensorielle sont des éléments qui doivent accompagner la réflexion architecturale tout au long du processus de composition. Ils ne constituent cependant pas un pansement qui tenterait de cacher ou de permettre d'adapter un environnement hospitalier. Ce sont bien des bases de compréhension pour former un modèle autre.

## *(Dés)Orientation et circulation*

---

La réflexion sur les espaces de circulation est souvent centrale dans les projets architecturaux d'établissements pour personnes atteintes de démences. La désorientation est souvent, avec la perte de mémoire, le symptôme le plus connu du grand public et est considéré comme un point essentiel à pallier dans ce type d'établissement. Il l'est mais ne doit cependant pas obturer les autres handicaps que cause la maladie et les autres moyens énoncés. Le but est de proposer un

modèle qui permet aux résidents de circuler de manière « évidente » et sans devoir utiliser une carte mentale pour se déplacer (Wiener & Pazzaglia, 2021).

Nous allons d'abord aborder les moyens d'améliorer l'orientation des résidents pour ensuite parler des caractéristiques des espaces de circulation. Deux moyens existent pour améliorer l'orientation et compenser la désorientation des résidents : les actions au niveau de la forme et la mise en place de signaux.

Au niveau du plan et comme déjà énoncé plus tôt, la répétition sur plusieurs étages d'un même plan peut rapidement causer de la confusion chez les malades qui ne savent plus à quel étage ils se trouvent (Marquardt, 2011). Plus les circulations sont simples et rectilignes avec peu de croisements, moins les résidents auront de difficultés à s'orienter. Des typologies de bâtiment avec un schéma de circulation complexe ou autour d'une cour sont donc peu recommandées (Marquardt, 2011).

Plus le chemin à parcourir est long pour un résident, plus il a de chances d'être désorienté (Marquardt, 2011). Dès lors, il faut sous-diviser le parcours en implémentant des repères dans les espaces de circulation. Ces repères peuvent être des éléments physiques clairement identifiables ou des espaces (Wiener & Pazzaglia, 2021 ; Cohen & Weisman, 1991). Ces espaces qui jalonnent les circulations peuvent avoir différentes fonctions : infirmerie, cuisine commune, un espace de transition ou simplement un espace de pause qui permet au résident de s'asseoir. Ces espaces qui ont une fonction de repères servent aussi de lieux de rencontre ou de repos. Il a été démontré que la présence de ces espaces permet de limiter considérablement l'envie de fuite, améliore l'humeur des résidents et peut diminuer l'agitation (Cohen-Mansfield & Werner, 1998). Il est toujours préférable de les positionner à des croisements où un choix doit s'opérer.

Ces repères peuvent aussi être simplement des objets ou des éléments de parement : une horloge, un calendrier, une bande de couleur. La mise en place d'éléments de couleur doit cependant être discutée avec des psychologues, une utilisation abusive ou avec des couleurs trop présentes peut avoir des effets inverses (Wiener & Pazzaglia, 2021).

Dans tous les cas, il est surtout essentiel que ces repères aient un sens pour les résidents et que ceux-ci soient capables de les appréhender (Büter & Marquardt, 2021). Ils peuvent aussi devenir, dans une logique multifonctionnelle, des espaces appropriables et personnalisables par les résidents. Attention cependant à ce que ces espaces restent reconnaissables dans le temps. Si une personnalisation permet de changer entièrement la disposition d'un espace, il ne sert plus de point de repère car non reconnaissable, les espaces doivent être appropriables mais persistants (Wiener & Pazzaglia, 2021).

Certains établissements utilisent une signalétique pour aider les résidents à s'orienter. Souvent, elle se fait via des couleurs ou différents matériaux. Les capacités cognitives des résidents ne leur permettent souvent pas d'interpréter ou de comprendre des pictogrammes ou des flèches. Wiener et Pazzaglia (2021) conseillent quant à eux d'utiliser des photographies familières couplées à du texte pour aider les résidents à se repérer dans un établissement. Cela peut paraître contre-intuitif mais une image du réel ne demande que peu d'efforts de conceptualisation contrairement à un pictogramme (Büter & Marquardt, 2021). Une signalétique peut aider à s'orienter mais la priorité doit toujours être mise sur un plan et une réflexion sur la disposition des éléments les uns par rapport aux autres (Van Hoof & al., 2010).

Pour ce qui est des caractéristiques spatiales des espaces de circulation, il existe surtout des dispositions à éviter. Nous avons vu qu'il était préférable d'avoir un schéma de circulation rectiligne pour améliorer l'orientation. Cependant, il faut éviter les culs-de-sac et les longs couloirs rectilignes et symétriques (Marquardt, 2011). La mise en place d'un schéma de circulation est donc complexe, surtout quand il faut prendre en considération le fait qu'une grande partie des résidents déambulent. La déambulation, comme développée dans les symptômes de la maladie, est le fait que certains malades marchent ou piétinent le sol sans réel but. Cette déambulation doit être contrôlée mais pas restreinte car elle est essentielle pour les résidents. Ceux qui déambulent présentent moins de comportements fugueurs, sont moins agités et passent plus de temps dans les espaces communs (Cohen-Mansfield & Werner, 1998). Dès lors l'architecture doit permettre cette déambulation de façon sécurisée. Pour cela des schémas de circulation où il est possible de réaliser une boucle est préférable, et cela sans devoir utiliser un ascenseur (Marquardt, 2011). Sur ce point, toutes les études ne sont pas en accord. Kevin Charras (2014) indique lui que prévoir un « parcours » de déambulation ne fait qu'accroître ce symptôme sans pour autant citer de sources.

Au final, les espaces de circulation doivent être un compromis entre simplicité et possibilités. Ils doivent pallier la désorientation tout en stimulant les résidents et permettre une déambulation sécurisée.

Au niveau du détail de mobilier, on peut citer deux éléments qui doivent attirer l'attention, les mains courantes et les portes (voir *Généralités d'éclairage et de distinction*). La main courante, malgré qu'elle soit souvent associée à l'image de l'hôpital, est un élément essentiel à mettre en place dans ce type d'établissement. Elle peut cependant devenir multifonctionnelle en modifiant sa texture et sa forme, elle peut servir à se repérer dans le bâtiment ou à stimuler le touché des résidents. Les observations de différentes mains courantes dans un établissement spécialisé pour malades d'Alzheimer par Geke Ludden et son équipe (2019) nous montre, par exemple, qu'il est possible d'indiquer les fonctions de certains espaces via la texture des

maines courantes : en bois pour un accès à l'extérieur, en tissu cousu pour un espace de couture ou encore en cuir pour un espace commun (Ludden & al., 2019). Cela permet de créer un environnement cohérent qui peut, comme énoncé plus tôt, substituer certains sens par d'autres (Ludden & al., 2019).

En plus de la désorientation spatiale, les personnes atteintes de démences peuvent aussi présenter une désorientation temporelle, ne plus savoir à quel moment de la journée nous sommes, quel jour de la semaine ou même à quelle saison (Van Hoof & al., 2010). L'attention portée à certains éléments d'architecture peut aider les résidents à se repérer dans le temps. Les vues généreuses vers un paysage peuvent, par exemple, leur permettre de se rendre compte du moment de la journée en fonction de l'ensoleillement ou des saisons en fonction du temps et du comportement des autres individus extérieurs à l'établissement (Büter & Marquardt, 2021). Les capacités cognitives de certains résidents ne leur permettent pas de savoir lire l'heure sur horloge ou la date sur un calendrier mais certains, dans des phases moins avancées de la maladie, en sont toujours capables. De ce fait, il est pertinent de placer des horloges et calendriers qui informent les résidents et, comme énoncé plus tôt, ces objets peuvent devenir des points de repères dans un schéma d'orientation global.

Fig. 14 ↓  
Espace de circulation de la maison de repos De Drie Platanen à Ostende. La lumière naturelle y est maximisée, des matériaux domestiques y sont utilisés et un espace plus intime se développe dans ce couloir.  
© Bovenbouw Architectuur  
© Filip Dujardin



Rappelons que les personnes atteintes de démences ont, pour la plupart, une diminution des capacités visuelles et ont donc besoin de plus de luminosité qu'une personne saine pour percevoir correctement l'espace. Elles ont aussi besoin de plus de temps pour s'adapter à un changement de luminosité (Büter & Marquardt, 2021 ; McNair, 2014). De façon générale, il est recommandé de privilégier la lumière naturelle tout en évitant les contrastes trop prononcés entre plusieurs environnements et les lumières trop vives qui risqueraient d'éblouir les résidents (Büter & Marquardt, 2021 ; Day, Carreon & Stump, 2000 ; McNair, 2014 ; Vinick, 2019). La lumière naturelle permet de diminuer l'agitation nocturne d'une partie des 40 % des malades qui en souffrent (Büter & Marquardt, 2021).

La perception de l'espace peut aussi être améliorée en jouant avec le contraste entre les éléments d'architecture. Le jeu de contrastes permet aussi de dissimuler certains éléments qui pourraient complexifier la lecture de l'espace (McNair, 2014). Un contraste mal géré, comme un joint entre des dalles par exemple, peut lui être perçu comme une différence de niveau et donc être un danger pour les résidents. Une mauvaise vision et compréhension d'un environnement entraîne des modifications comportementales importantes chez les malades. Notons aussi que les reflets de lumière et donc la présence de matériaux qui risque d'en créer provoquent aussi une désorientation (McNair, 2014). Toujours dans un souci de normalisation, il est conseillé d'utiliser des couleurs de lumière qui tirent plus vers le jaune que le blanc (McNair, 2014 ; Steenwinkel Van, Vestraeten & Heylighen, 2016). La lumière blanche étant souvent associée, dans l'imaginaire collectif, aux bâtiments publics.

L'éclairage nocturne doit être pensé comme un guide, éventuellement avec un déclenchement alternatif. Les couloirs entièrement éclairés la nuit risquent de désorienter temporellement les résidents et coupe la production de mélatonine (McNair, 2014).

Cependant, une gestion de l'éclairage et des contrastes uniquement dans l'optique de répondre aux besoins des résidents risque fortement de générer des conflits d'usage avec le personnel de l'établissement (Büter & Marquardt, 2021). Un éclairage très lumineux peut permettre aux résidents de mieux voir mais peut poser des problèmes pour des personnes qui n'ont pas de difficultés de perception pour exercer leur travail et vice versa. D'un point de vue purement technique, l'optimisation de l'éclairage naturel peut rapidement poser des problèmes de surchauffe.

Un élément qui est souvent énoncé mais rarement développé est la question de la couleur. Elle est souvent abordée dans les études comme pouvant être une aide pour se repérer dans un établissement

ou pour éviter des symétries qui pourraient désorienter (Vinick, 2019; Steenwinkel Van, Vestræeten & Heylighen, 2016) mais ce qui est clairement établi, c'est qu'il n'existe pas de couleur spécifique qui aurait un effet thérapeutique sur la maladie (Charras, 2014).

Au niveau de la couleur, Kevin Charras (2014) ouvre le débat de la réelle utilité des couleurs et, plus largement, de la spécificité de l'architecture pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il dit : « En somme, les personnes atteintes de troubles cognitifs ont les mêmes références et les mêmes représentations que nous avons tous concernant l'agencement, les couleurs, les matériaux, les mobiliers... » (Charras, 2014, p. 38). Dès lors l'utilisation de couleurs spécifiques ou de combinaisons particulières n'a pas d'intérêt thérapeutique si ce n'est, comme déjà explicité, pour se repérer. Bien sûr, comme dans n'importe quelle construction, la couleur peut permettre de mettre en place des ambiances différentes et doit, dans les chambres, correspondre aux goûts des résidents (Büter & Marquardt, 2021). Mais ici, ce n'est pas la nature même de la couleur qui importe mais bien son agencement et sa pertinence dans un schéma global.

Fig. 15 ↓  
Espace de circulation de la maison de repos Leonardo Da Vinci à Welkenraedt. Des murs de couleurs et des luminaires sont mis en place pour tenter de clarifier un noeud de circulation compliqué.  
© Baumans Deffet Architecture et Urbanisme  
©Alain Janssens



L'espace d'entrée, et donc de sortie, d'un établissement spécialisé est un point sensible dans la composition architecturale. Il correspond à la limite physique entre les mondes « intérieur » et « extérieur ». C'est une image forte car c'est l'élément qui informe le reste de la société sur la ligne directrice de l'établissement, ses ambitions et le rapport aux résidents (Labarchède, 2018). Par facilité, nous allons nommer cet espace « espace de sortie » parce que, même si c'est aussi l'espace d'entrée, c'est bien la sortie qui doit être contrôlée et qui nous intéresse dans cette partie-ci.

C'est à cet endroit-là que se matérialise le système de fermeture perméable que Foucault (1967) énonçait. C'est aussi l'expression la plus franche du contrôle dont Goffman (1968) parle dans les institutions totalitaires. Cet espace doit permettre aux visiteurs extérieurs d'entrer et de sortir sans difficultés et doit, pour des questions de sécurité, empêcher les résidents non-autorisés de sortir. Souvent, ce contrôle se fait manuellement par un employé de l'établissement qui s'occupe aussi de l'accueil. Cependant, cette disposition découle d'un modèle hospitalier et renforce l'aspect et le ressenti d'un cadre clinique qui est à éviter. Ce dispositif met aussi les résidents face au fait qu'ils sont enfermés.

Plusieurs solutions sont proposées, la plus souvent utilisée mais la plus discutable aussi, est un système de détecteurs, de codes (Büter et Marquardt, 2021) ou de bracelets (Steenwinkel Van, Verstraeten & Heylinghen, 2016). Il est possible d'éviter ces systèmes en agissant directement au moment de la conception. La réflexion menée par Kathrin Büter et Gesine Marquardt (2021) est simple, s'il existe une sortie que les résidents peuvent utiliser et qui mène à un espace extérieur où ils seraient en sécurité et que l'accès à l'espace public se fait par cet espace extérieur, alors le modèle hospitalier dont nous parlions peut être évité (Büter et Marquardt, 2021). Nous pourrions penser que le problème n'est que reporté à un autre endroit mais non, la mise en place de ce dispositif permet de sortir complètement d'une logique hospitalière et rentre dans la construction d'un nouveau modèle. Cet espace extérieur peut devenir aussi l'espace public, lieu de rassemblement. La sortie n'est dès lors plus un espace défini et ponctuel mais une transition, un croisement entre l'établissement et le reste de la société et non une barrière.

Mais quand un tel espace extérieur ne peut pas être mis en place, il est possible de détourner l'espace de sortie, souvent en exploitant les déficits cognitifs des résidents. L'envie de sortir étant corrélée avec la présence de portes vitrées (Day, Carreon & Stump, 2000), elles peuvent être pleines ou camouflées pour diminuer cette envie. Les établissements avec des portes coulissantes électriques camouflées et silencieuses ont, par exemple, un nombre moins important de résidents

dépressifs (Zeisel & al., 2003 ; Marquardt, Bueter & Motzek, 2014). La présence de miroirs dans l'espace de sortie réduit aussi l'envie de sortir et les tentatives d'ouvrir les portes. Ils permettent de jouer sur la perception de l'espace et sont perçus comme un obstacle (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014 ; Büter & Marquardt, 2021).

Il existe un réel débat sur la position à avoir quant à l'espace où se situe la limite de l'établissement parce qu'il touche à la liberté des résidents. Les personnes atteintes de démences peuvent-elles considérer les établissements spécialisés comme le domicile si elles sont interdites de sortie libre ? Pouvons-nous, sous l'argument de la sécurité des résidents, les « enfermer » ? C'est un débat ouvert et qui ne sera sûrement jamais clos car aucune réponse scientifique ne peut être trouvée. Cela ne doit cependant pas empêcher l'architecte de participer à ce débat parce qu'il a, par ses propositions, un rôle à jouer.

## *L'espace de vie commune*

---

L'espace de vie commune est très variable d'un modèle à l'autre, nous le verrons en exemple dans la dernière partie de ce travail. Il existe cependant des indications qu'il est préférable de prendre en compte lors de la conception et que nous allons parcourir.

L'espace de vie est le lieu où les résidents passent la majorité de leur temps, c'est l'endroit de sociabilisation et de divertissement. Sandra Davis et son équipe (2009) mettent l'accent sur un autre aspect important de l'espace de vie commune, il doit permettre aux résidents d'avoir des représentations personnelles de leurs capacités (Davis & al., 2009). L'environnement physique doit, par les possibilités qu'il offre, permettre aux résidents d'avoir conscience de ce dont ils sont encore capables. Cela peut être possible par la présence d'une cuisine ouverte commune ou un espace de couture par exemple. La participation des résidents à des activités variées et du quotidien permet de préserver les différentes identités sociales des résidents mais aussi le partage d'expériences et donc la préservation de contacts sociaux (Davies & al., 2009). L'environnement architectural mis en place doit permettre, ou encourager, les résidents à continuer à être actifs dans la réalisation des tâches quotidiennes pour éviter de devenir des patients passifs (Davis & al., 2009).

L'environnement doit être vu comme un support, il doit permettre de valoriser les capacités que les résidents ont plutôt que de montrer celles qui ont été perdues. Il doit aussi permettre aux résidents d'exprimer leurs expériences passées, comme nous l'avons dit, par le partage oral dans des situations où les contacts sociaux sont encouragés ou par des activités où les expériences sont partagées (Davis & al., 2009). Souvent, quand il y a une réflexion spatiale qui favorise l'autonomie et la sociabilisation, le personnel de soins est

moins sollicité et plus engagé (Ludden & al., 2019). Les familles sont, elles, plus enclines à avoir des interactions plus naturelles et intimes avec leur proche (Ludden & al., 2019).

Comme l'espace de vie commune rassemble, la plupart du temps, l'ensemble des résidents, un seul espace ne peut pas correspondre à toutes les envies et tous les besoins de ceux-ci. L'architecture doit donc leur permettre d'y répondre et ce en proposant différents espaces avec des caractéristiques différentes (Büter & Marquardt, 2021). L'architecture doit permettre de se retirer, d'avoir des discussions privées, de pouvoir se reposer en proposant différentes ambiances et différents niveaux de stimulation. Mettre en place de telles options n'est pas aisé car une certaine incohérence apparaît. Les différents lieux et ambiances devraient être dans la continuité les uns des autres avec peu de séparations pour être facilement appréhendables par les résidents. Mais d'un autre côté, certains besoins nécessitent d'être dans un espace fermé, indépendant, et donc séparé physiquement du reste de l'espace de vie (Büter et Marquardt, 2021). Il y a donc un compromis à trouver pour permettre une compréhension du lieu de vie et l'intimité nécessaire.

Comme pour n'importe quel lieu de vie dans une construction résidentielle, la limite entre le commun et le salon ne se fait pas brutalement. Il y a un espace de transition où l'on change de conditions et qui permet un sentiment de sécurité. Cet espace sert aussi à recentrer l'attention des résidents sur l'espace commun et évite les envies de partir (Büter & Marquardt, 2021). Les accès aux espaces extérieurs et sanitaires doivent, quant à eux, être à portée de vue peu importe où se situe le résident dans l'espace commun (Büter & Marquardt, 2021).



Fig. 16 ←  
Les espaces de vie de la maison de soins De Korenbloem à Courtrai prennent place dans une ancienne maison. L'entièreté des décorations et parements originaux ont été conservés pour rendre l'espace le plus domestique possible.  
© Sergison Bates architects  
© Stefan Müller

Plus concrètement, la taille de l'espace dépend forcément du nombre de résidents (on considère qu'un résident a besoin au minimum de cinq m<sup>2</sup> au sol). Un espace trop exigü donnera un sentiment de sécurité mais d'enfermement s'il est trop rempli et un espace trop important peut donner un sentiment d'être perdu et épuiser les résidents (Büter & Marquardt, 2021).

En toile de fond de tous ces principes, il y a toujours l'objectif de procurer un sentiment de chez soi. L'environnement doit permettre aux résidents de se sentir comme chez eux. Cela peut être renforcé par une multitude de paramètres comme le choix des meubles, des parements, de la décoration. L'architecture doit être le support de ces possibilités.

---

## *L'espace de repas*

L'espace où se déroulent les repas dépend du modèle d'accueil, autant au niveau de l'architecture que de la ligne directrice de l'établissement. Deux possibilités existent : soit les repas se prennent dans l'espace de vie, soit ils sont pris dans un espace dédié. Dans les deux cas, ce qui ressort c'est que le moment du repas est un processus auquel les résidents doivent participer et que l'architecture doit permettre cette participation (Davis & al., 2009). Il est toujours préférable que la cuisine soit ouverte et accessible en permanence par les résidents (Day, Carreon & Stump, 2000).

La cuisine, qu'elle soit séparée ou dans l'espace commun, est un lieu qui présente de nombreux risques. Les cuisines équipées actuelles ne correspondent pas aux besoins des résidents car elles ne leur permettent que très peu de participer à la préparation du repas (Van Hoof & al., 2010).

La prise de repas dans des espaces à échelle domestique ainsi que l'utilisation de plus petites tables, de quatre à six résidents, augmentent la communication entre les résidents et réduisent l'anxiété (Davis & al., 2009 ; Marquardt, Bueter & Motzek, 2014 ; Chaudhury & al., 2016). Le passé des résidents demande parfois des pratiques qui ne correspondent pas aux modèles institutionnels. Certains résidents ressentent, par exemple, le besoin de prendre les repas dans la cuisine (Van Hoof & al., 2010). Dès lors, le dessin de l'espace doit leur permettre de l'utiliser comme ils le souhaitent pour rencontrer ces besoins.

Les considérations de distinctions s'appliquent aussi au détail de mobilier. On privilégiera donc une table blanche pour améliorer le contraste avec les plats. Il a été observé que ce type de table augmente la consommation de nourriture à hauteur de 25% et de boissons de 84% (Cronin-Golomb, 2014). La lumière naturelle doit être maximisée pour permettre aux résidents de bien voir leur repas (Van Hoof &

al., 2010). Quand l'espace de repas est séparé de l'espace de vie, il est judicieux d'amoindrir la stimulation environnementale pour que le repas soit au centre de l'attention (Day, Carreon & Stump, 2000).

En dehors des repas, la présence d'un réfrigérateur accessible à tout moment par les résidents réduit leur anxiété (Day, Carreon & Stump, 2000), augmente leur autonomie et, forcément, facilite la prise de poids (Chaudhury & al., 2016), alors que la perte importante de poids est un problème pour la majorité des résidents. L'aspect de ce réfrigérateur est lui discuté. Dans un souci de normalisation, il paraîtrait normal de mettre en place un réfrigérateur traditionnel. Mais il a été observé qu'un réfrigérateur avec une porte transparente, à l'aspect peut résidentiel mais où les aliments sont visibles, permet d'augmenter le nombre de résidents l'utilisant (Namazi & Johnson, 1992 ; Day, Carreon & Stump, 2000). De même que pour l'espace de vie, l'espace de repas doit avoir un aspect le plus résidentiel possible.

## *Les espaces extérieurs*

---

Dans l'imaginaire collectif, les espaces extérieurs pour personnes atteintes de démences sont souvent associés à des jardins sensoriels (A. Pollock, 2014). Ils peuvent l'être mais ne doivent pas se limiter à cela, les espaces extérieurs doivent aussi avoir un sens pour les résidents et permettre la sociabilisation et de multiples activités (A. Pollock, 2014).

Les bénéfices d'un espace extérieur ne sont plus à démontrer. Dans les établissements qui ont un espace extérieur accessible à tout moment par les résidents, on observe une réduction de l'agressivité, de l'agitation, une meilleure préservation des capacités physiques et une meilleure santé mentale (Day, Carreon & Stump, 2000 ; Chaudhury & al., 2016). De manière générale, la présence d'espaces extérieurs améliore le sentiment de bien-être chez les résidents (Chryssikou, Rabnett & Tziraki, 2016), et encore plus s'il y a présence de végétation (A. Pollock, 2014).

Nous avons déjà abordé le fait qu'un espace extérieur peut être une transition pour rentrer ou sortir de l'établissement et qu'il peut même devenir un espace public. L'espace extérieur peut aussi accueillir d'autres fonctions qui ont un sens pour les résidents, en devenant leur jardin dans un sens résidentiel. Dès lors, il doit correspondre au panel de personnalités des résidents en proposant des ambiances et activités qui correspondent au plus grand nombre : des endroits calmes et plus reculés, des espaces animés, un potager ou encore une terrasse où ils peuvent boire un verre (A. Pollock, 2014). Tous ces éléments doivent aussi rentrer dans une réflexion plus large d'appropriation avec des éléments déplaçables (chaises et tables, chaises longues, outils de jardinage) par les résidents et qui permettent des activités

spontanées et non-régulées (Davis & al., 2009). Le mobilier déplaçable autorise les résidents de gérer eux-mêmes leurs contacts sociaux, en se regroupant ou en s'écartant, mais aussi à changer de place en fonction des conditions d'ensoleillement (Cohen & Weisman, 1991). Il est donc judicieux d'éviter le mobilier intégré ou fixé au sol. Au-delà des objectifs comportementaux, Annette Pollock (2014) rappelle que l'espace extérieur est surtout là pour le bonheur des résidents et que ce sont souvent les petites choses de la nature indépendantes de l'homme, comme la brise, le chant des oiseaux, l'odeur des plantes, qui les rendent plus heureux (A. Pollock, 2014 ; Ludden & al., 2019).

L'espace extérieur doit cependant rester sécurisé sans pour autant être complètement cloisonné. Les portes menant à l'extérieur du jardin doivent si possible, comme pour les portes intérieures, être camouflées (A. Pollock, 2014). Un résident qui se promène et qui se retrouve face à une porte fermée à clef risque d'être frustré et stressé et de ne pas retrouver son chemin (A. Pollock, 2014). La sécurité dans un espace extérieur est un point sensible, on retrouve souvent une typologie de cour ou d'espace vert renfermé sur lui-même, entouré de murs ou de clôtures. La question de la matérialisation de la limite du jardin n'est que peu, voire jamais, abordée dans les études sur l'environnement architectural pour personnes atteintes de démences. Nous verrons pourtant dans les études de cas que c'est un élément essentiel et qui a une présence importante dans la perception de l'espace extérieur.

L'accès au jardin se fait le plus souvent depuis l'espace de vie commune et n'est souvent pas aisé. L'accessibilité doit pourtant être maximisée pour permettre au plus grand nombre de résidents de pouvoir l'utiliser (Marquardt, 2011). Cela passe premièrement par la visibilité du lieu. Si possible, l'accès doit être vu et la fonction de l'accès doit être clairement compréhensible ; une porte vitrée ou une porte située à côté d'une vitre de sorte que le jardin puisse être vu (Davis & al., 2009 ; Marquardt, 2011). Ensuite, il doit y avoir le moins de barrières physiques possible pour atteindre l'espace extérieur, ne pas situer l'accès derrière un îlot de cuisine, éliminer tout rail ou élément au sol (A. Pollock, 2014).

L'espace extérieur est aussi un espace de balade, la présence de bancs y est donc indispensable, leur positionnement doit être fait de façon régulière de manière à ce que les résidents puissent marcher d'un à l'autre (A. Pollock, 2014). De même, la présence d'espaces semi-extérieurs à différents endroits de l'espace extérieur permet de faire des pauses dans une balade mais aussi d'organiser des activités physiques ou de sociabilisation (A. Pollock, 2014).

L'espace extérieur, le jardin, doit donc être considéré comme un prolongement de l'espace de vie. Accessible à tout moment, facilement appréhendable, sécurisé, un support des capacités des résidents et un lieu qui permet l'expression des individualités.

## *L'espace intime : chambre et salle de bains*

---

La chambre doit être le lieu où le résident a le plus de contrôle. C'est l'espace le plus personnel qu'il possède, il doit donc lui correspondre de façon à ce qu'il s'y sente entièrement chez lui et soit aussi considéré comme tel par le personnel et les familles (Labarchède, 2018 ; Van Hoof & al., 2010). La chambre doit être la plus personnalisable possible, tant au niveau du mobilier, que des couleurs des murs ou de la décoration (Davis & al., 2009). La chambre doit permettre au résident de continuer sa vie et non pas de la recommencer. Autoriser la personnalisation est un message pour les familles mais aussi pour le personnel de soins, on exprime clairement le fait que cet espace appartient au résident et qu'on rentre chez lui et non dans une chambre destinée à des soins (Davis & al., 2009). Mais c'est aussi un moyen pour le résident de reconnaître sa chambre parmi les autres (Wiener et Pazzaglia, 2021).

C'est l'expression la plus franche de la normalisation, la chambre doit correspondre à un appartement ou à une maison, une propriété individuelle et non un élément qui fait partie d'une série (Day, Carreon & Stump, 2009), elle s'insère dans un schéma de voisinage. Dès lors, la réflexion de sa composition doit prendre en compte que dormir et s'habiller ne sont pas les seules activités qui y sont organisées, c'est bien l'endroit de l'ensemble des activités du quotidien (Davis & al., 2009).

Cela n'empêche cependant pas que la chambre doit être réfléchie comme un support qui compense au maximum les déficiences que la maladie provoque. Comme c'est un lieu dédié à un seul résident, il doit aussi pouvoir s'adapter à l'évolution individuelle de la maladie. La diminution de l'ensemble des capacités cognitives mais aussi physiques modifie les besoins et donc les caractéristiques de l'espace (Davis & al., 2009). L'attitude à avoir quant au mobilier pose, lui, débat. Certaines



Fig. 17 ←  
Chambre de la maison de repos  
Les Jardins de la Mémoire à  
Anderlecht  
Les résidents peuvent y apporter  
leurs meubles et organiser leur  
chambre comme ils le souhaitent.  
© Les Jardins de la Mémoire

études recommandent de mettre en place du mobilier sur mesure et conçu pour permettre au résident d'être plus indépendant dans les tâches quotidiennes, ce qui diminue aussi le besoin d'assistance du personnel augmentant ainsi la dimension intime du lieu (Day, Carreon & Stump, 2000). Une autre position est de laisser les résidents apporter eux-mêmes l'entièreté du mobilier (Davis & al., 2009). Dans ce cas-là, l'importance du ressenti d'espace personnel est privilégié à l'ambition d'indépendance. Nous verrons que, souvent, ce qui est mis en place se situe entre les deux et qu'il n'existe pas de personnalisation complète de la chambre, il existe toujours une marge de manœuvre pour les résidents, parfois réglementée.

Un élément vient cependant entacher l'aspect privé et intime de la chambre. Dans les établissements spécialisés, la chambre est aussi le lieu de soins (Labarchède, 2018) créant ainsi un conflit d'usage et surtout une ambiguïté de statut de l'espace. Le besoin pour certains résidents d'avoir un lit médical, des perfusions ou un fauteuil médical renforce un aspect hospitalier de la chambre. Ces éléments, au-delà de faire reculer le sentiment d'être chez soi, renvoient une autre image au personnel de soins, se rapprochant de l'image de la chambre d'hôpital et donc à leur espace de travail.

Les salles de bains des chambres font souvent l'objet de peu d'attention lors de la conception architecturale (Chaudhury & al., 2016). C'est pourtant l'espace qui touche le plus à l'intimité et à la dignité (Day, Carreon & Stump, 2000). Pour qu'elles soient préservées et afin d'éviter que la salle de bains ne soit qu'un lieu de soins, l'autonomie doit être maximisée avec des équipements adaptés mais toujours dans une optique de normalisation. Mais c'est aussi l'espace le plus dangereux, où il y a un risque important de chutes, d'électrocution ou de brûlures (Van Hoof et al., 2010).

Dès lors, pour des questions de sécurité, il est préférable de bien mettre en évidence le mobilier sanitaire. Un jeu sur le contraste entre le sol et la toilette réduit le risque de chutes pour les résidents avec des difficultés de vue (Day, Carreon & Stump, 2000). De même, tout élément au sol qui risque de provoquer une chute doit être éliminé. Les équipements d'eau doivent être adaptés.

La salle de bains doit être assez grande pour accueillir, en plus du résident, un membre du personnel de soins. Il est difficile de laisser le résident la personnaliser pour des questions pratiques. Il est cependant possible de concevoir des salles de bains qui peuvent s'adapter pour correspondre le plus possible à l'ancienne salle de bains du résident (Van Hoof & al., 2010 ; Tilly & Reed, 2008).

Pour préserver la privacité de la chambre et de la salle de bains, il est judicieux d'y limiter au maximum le temps alloué au nettoyage. On privilégiera donc des matériaux facilement nettoyables, on maximisera la taille des carrelages pour limiter le nombre de joints (Van Hoof & al., 2010) tout en conservant un aspect résidentiel.

## Une architecture spécifique ?

Dans son article de 2014, Kevin Charras se demande si l'architecture des établissements de soins spécialisés est réellement une architecture spécifique. Il argumente sa position en disant que, comme la normalisation et le caractère résidentiel sont centraux dans le contexte environnemental, ce sont essentiellement les références sociales et culturelles des résidents qui dirigent l'aspect environnemental. L'architecture n'est que le support de ces expressions (Charras, 2014). Il en arrive à la conclusion, par opposition au modèle spécifique hospitalier, que cette architecture est générique et qu'elle est préférable à la mise en place d'un système contraignant les libertés individuelles (Charras & Eynard, 2014). Les éléments mis en place et les fondements même de la conception d'établissement pour personnes atteintes de démences ne font pas de cette architecture, une architecture générique. La situation est moins binaire, en effet l'architecture de ce type d'établissement ne développe pas de spatialités qui contraignent son usage uniquement à des personnes atteintes de démences. C'est un environnement habitable par tous, mais il doit être conçu dans une optique de spécialisation. L'adaptation mineure d'un établissement est souvent peu efficace car le schéma global d'orientation architectural est fragmenté en de multiples interventions ponctuelles et non réfléchi de façon holistique.

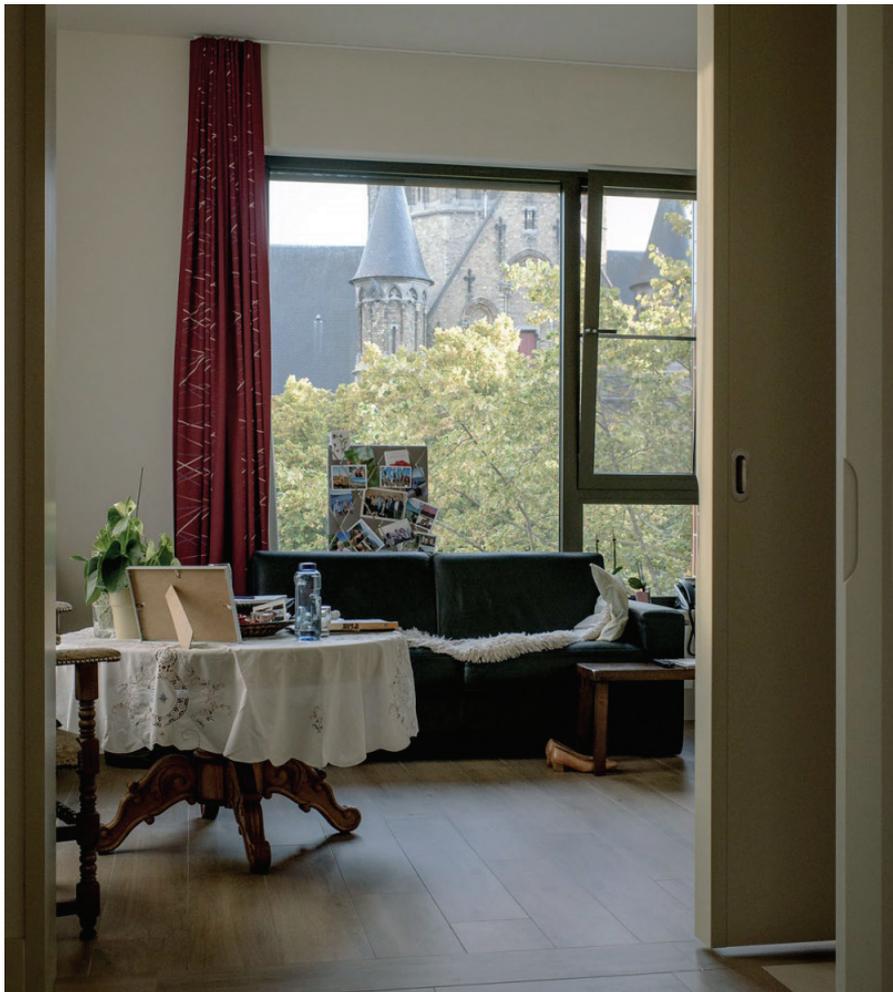
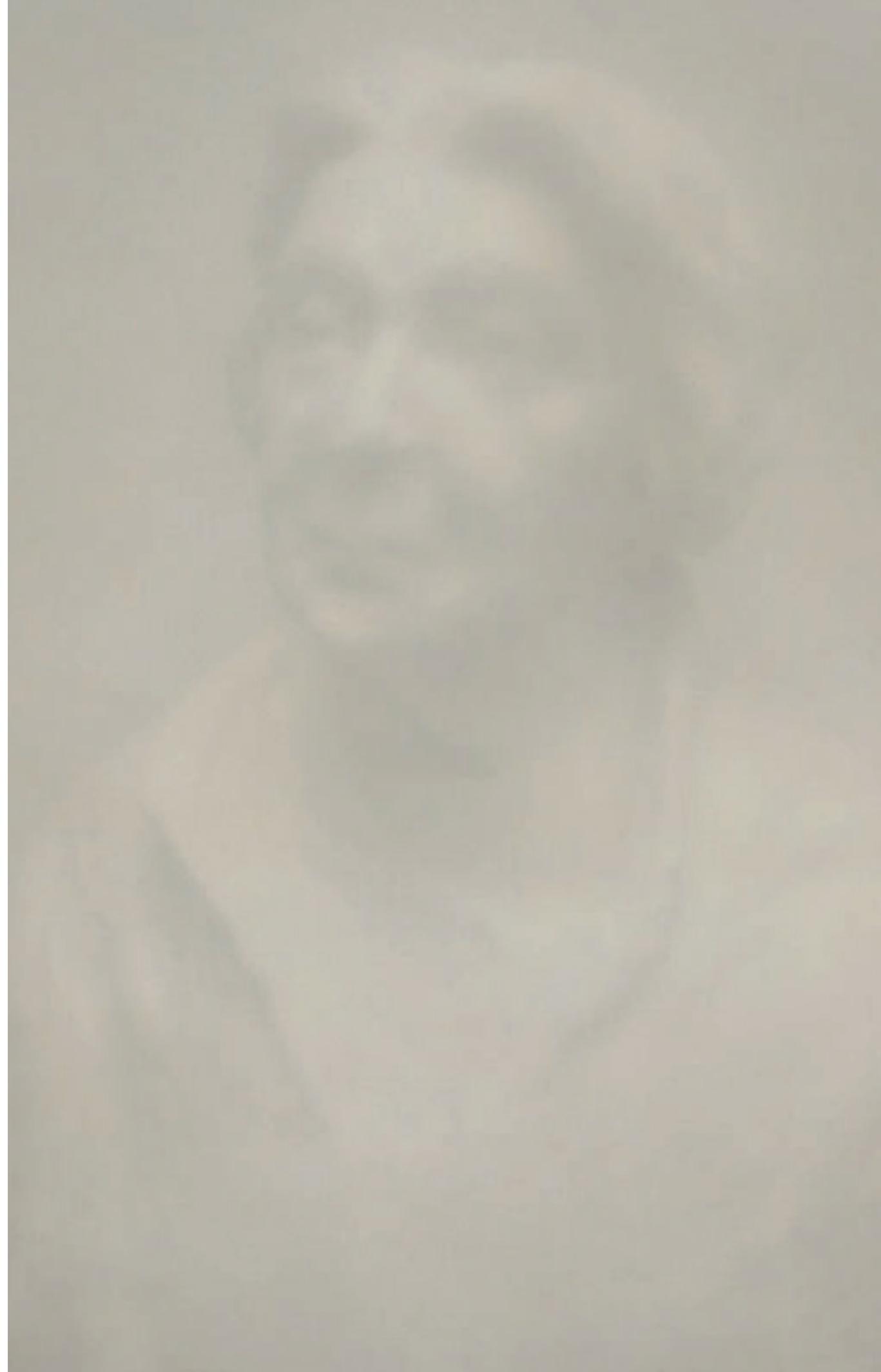


Fig. 18 ←  
Les chambres de la maison de soins De Korenbloem à Courtrai sont entièrement personnalisables, les résidents peuvent y apporter leurs meubles et peuvent modifier les décorations fixes.  
© Sergison Bates architects  
© Danko Stjepanovic

Fig. 19 →  
Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool.  
© Mirjam Devriendt  
© Alexandra Cool



# OUTILS DE CONCEPTION ARCHITECTURALE RELATIFS AU PERSONNEL ET AUX FAMILLES



Au niveau des résidents, le cadre architectural est considéré comme un support des individualités. Il en est de même pour le personnel de soins. N'oublions pas que les résidents et le personnel de soins partagent une grande partie de leur temps et, même si le personnel est là dans une optique de service, il fait partie intégrante du système social interne à l'établissement de soins (Davis & al., 2009). Il a dès lors un rôle central dans la préservation de l'identité, la dignité et l'autonomie des résidents et ce en cultivant des relations sociales avec eux mais aussi en prenant soin d'eux (Davis & al., 2009). En réalité, le personnel de soins est un facteur environnemental et social qui, avec le cadre architectural et l'organisation sociale de l'établissement, forme le support aux objectifs développés plus tôt. L'environnement physique doit aider ces professionnels à réaliser leur travail tout en leur offrant des espaces qui leur sont dédiés (Büter & Marquardt, 2021).

Il est essentiel de proposer, en plus de l'infirmierie, un espace où le personnel de soins peut se retirer, souffler un coup et baisser sa garde (Cohen & Weisman, 1991). Cet espace doit être facilement accessible depuis l'espace de vie commune et ne doit, forcément, pas être mis en avant aux résidents (Büter & Marquardt, 2021 ; Cohen & Weisman, 1991). Et comme dans tout établissement spécialisé, le personnel de soins doit avoir accès à un espace qui lui permet d'effectuer des tâches administratives (Cohen & Weisman, 1991). Les espaces destinés au personnel de soins n'échappent pas au principe de normalisation, le caractère résidentiel de l'établissement ne doit pas se limiter aux espaces destinés aux résidents, c'est bien une réflexion à l'échelle de l'ensemble du bâtiment (Cohen & Weisman, 1991). Alors, bien sûr, ces espaces ne doivent pas non plus ressembler à un décor décontextualisé mais doivent être conçus comme une continuité du reste de l'établissement. Il n'y a pas de coulisses et le personnel de soins ne joue pas un rôle comme on le ferait au théâtre. L'architecture ne doit donc pas être réfléchi dans cette optique.

Le personnel de soins doit quand même jouer son rôle et surveiller les résidents. L'environnement architectural et l'ergonomie doivent permettre ce contrôle sans pour autant le rendre prépondérant dans l'espace. Les axes de vues et les angles morts sont donc importants à identifier pour que la majorité des résidents soient à vue du personnel de soins, les éléments bouchant la vue doivent être évités (Büter et Marquardt, 2021). Ce point est compatible avec la clarification de la compréhension de l'espace nécessaire pour les résidents mais pour être optimal, il doit être pris en compte dès la conception, déjà à la mise en place du système structurel.

La conception du mobilier doit aussi permettre au personnel d'avoir les résidents à portée de vue. Les rangements situés dans un autre local ou dont l'utilisation nécessite de tourner le dos aux résidents sont, si possible, à proscrire (Davis & al., 2009).

Dans ce cadre-ci, nous utilisons le terme *famille* pour désigner tout type d'individu qui vient rendre une visite occasionnelle à un résident en particulier. L'environnement physique où le résident accueille sa famille doit lui permettre de se sentir comme si ses proches étaient invités chez lui plutôt que de lui rendre visite (Davis & al., 2009). Dans certains cas, le résident ne souhaite pas recevoir sa famille dans sa chambre qui est, comme nous l'avons déjà énoncé, son espace le plus intime (Labarchède, 2018). Des espaces d'accueil de plusieurs échelles doivent donc exister pour accueillir un nombre variable de membres de la famille (Cohen & Weisman, 1991) : une alcôve pour accueillir un couple, une cafétéria pour accueillir une famille avec enfants ou encore une petite salle de fête pour accueillir l'ensemble de la famille. Certains de ces espaces sont des occasions de créer des liens avec le reste de la société et d'ouvrir en partie la résidence vers l'extérieur. La cafétéria d'un établissement peut, par exemple, être un endroit public et accessible aux résidents. Il est dès lors conçu dans l'optique d'accueillir des personnes atteintes de démences, avec le contrôle nécessaire qui en découle, mais reste ouvert à tous.

Un moment et un espace qui ne concernent que les familles, sont ceux du recueillement après le décès d'un résident. Cet espace doit être calme, pouvoir être fermé pour garder une certaine privacité et correspondre au résident décédé (Davis & al., 2009). Dans beaucoup d'établissements, c'est dans la chambre du résident que la famille peut venir se recueillir. Elle correspond au besoin de privacité mais s'avère souvent trop exigüe. D'autres proposent un espace dédié. Dans ce cas-là, il est pertinent que cet espace ait accès à l'extérieur et à un local annexe où discuter et s'entretenir en famille. Ce schéma correspond alors plus à un funérarium et demande d'autres considérations.



Fig. 21 ←  
La cafétéria de l'ensemble résidentiel et de soins Gitschotelhof Borgerhout à Anvers est accessible à tout moment autant pour les résidents que pour les visiteurs. L'espace est conçu comme le prolongement des espaces de vie et adapté aux résidents.  
© Collectief Noord  
© Dennis De Smet

L'ensemble de ces outils n'est pas à appliquer de façon non réfléchie mais doit être mis en place dans une réflexion à l'échelle de l'établissement et en cohérence avec sa ligne directrice. La conception architecturale doit avant tout être centrée autour des résidents et de leurs singularités (Bowes & Dawson, 2019).

Il est important de noter qu'il est très compliqué, malgré des protocoles stricts, de distinguer totalement objectivement le lien entre un élément de l'environnement et la modification des comportements (Villars & al. 2009). Dès lors, tous les liens énoncés plus tôt ne sont pas tous des faits établis mais des théories éprouvées qui peuvent être sujettes à contre-argumentation.

Soyons clairs, l'architecture de la démence ne va pas vers une transposition d'un modèle domestique et de son organisation mais bien vers la recherche d'un nouveau mode de vie qui demande des adaptations à la maladie et au quotidien des personnes atteintes (Labarchède, 2021).

Tous ces points d'attention réunis permettent de constituer une grille d'analyse pour pouvoir poursuivre le travail de recherche de façon objective et éviter les différences entre les méthodes d'analyse lors des visites d'études des établissements sélectionnés. Cette grille n'est pas un document à compléter de façon stricte, certains points demandent une analyse visuelle et une interprétation dépendante de la personne qui la remplit. Cette grille autorise l'utilisation de l'ensemble des outils de l'architecte pour retranscrire au mieux l'architecture mise en place : le schéma, le croquis, le plan, la coupe, la perspective, la photographie, le collage.

La construction de la grille suit la même logique que la division des outils de conception énoncés plus tôt. Une partie relative aux résidents, une autre par rapport au personnel de soins de santé et une par rapport aux familles. Elle se constitue de trois colonnes : la première avec les différentes caractéristiques et points d'attention découlant de l'état de l'art actuel, la deuxième pour une prise de notes et une troisième pour un élément graphique. Il était prévu que la grille soit remplie in-situ. Cependant, les durées limitées des visites n'ont pas permis de la remplir entièrement sur place. Dès lors, les grilles des différents établissements ont été complétées ex-situ sur base des informations reçues à posteriori et des photographies. Cette grille n'est pas une analyse en soi mais bien un élément qui la permet. La grille vierge est disponible en annexe (*Annexe II*).

# LES ARCHITECTURES DES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCES EN BELGIQUE



Tous les modèles d'accueil de personnes atteintes de démences sont l'aboutissement d'une mise en institution des personnes atteintes de démences depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle. Tout d'abord mises en maison de repos, elles ont très vite fait l'objet de ségrégation, on observe alors les premières ailes de bâtiments dédiées aux personnes avec des troubles du comportement. Ces parties d'établissement ne sont, à ce moment-là, pas du tout adaptées et les personnes malades sont alors uniquement placées à l'écart car encombrantes pour les autres résidents (Capuano, 2021). Plus tard, dans les années 1970, ces personnes seront placées en hôpital psychiatrique et occuperont jusqu'à un quart des places disponibles. Au début des années 1980, des études révéleront que la grande majorité des personnes âgées en hôpital psychiatrique n'y ont pas leur place et qu'il leur faut un placement spécifique (Capuano, 2021). La spécification d'établissement pour malades atteints de troubles psychiques commence alors en 1982 avec la suppression des lits de long séjour en hôpitaux et la création de maisons de repos et de soins. A ce moment-là, ce sont alors des chambres en maisons de repos qui sont adaptées pour accueillir de l'équipement médical (Van Audenhove & al., 2009).

Il faudra attendre la fin des années 80 et la création du CANTOU (Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) du Mariemont village pour voir apparaître une infrastructure spécialisée dans l'accueil de personnes malades de démences (Espace Seniors, 2017). En 1998, des « normes spécifiques relatives à l'accueil et l'hébergement des personnes âgées désorientées » sont mises en place. Elles définissent clairement les normes architecturales à mettre en place : nombre de résidents, accès à l'extérieur, chambre individuelle et séparée (Van Audenhove & al., 2009).

Dans beaucoup de maisons de repos, les CANTOU ont laissé place à des « unités de vie protégée spécialisée Alzheimer » (Espace Seniors, 2017). L'accueil s'est vite élargi à toutes les personnes atteintes d'une forme de démence.

Plus récemment, il existe depuis 2010 en Wallonie le *Plan Wallon Alzheimer* qui vise à sensibiliser le public dans une optique d'inclusivité, améliorer la qualité de vie des malades et soutenir la recherche en Wallonie (OWS, 2014). L'un des objectifs est de mettre en place des projets d'accueil et d'hébergement avec une approche non-médicamenteuse et d'encourager les recherches dans ce domaines (Alzheimer Europe, s.d.). Ce plan n'a cependant plus fait parler de lui depuis 2015 et ne semble pas réellement avoir rempli ses objectifs.

En Flandre, un plan Alzheimer est en place depuis 2010 et vient d'être prolongé jusqu'en 2025 (Agentschap zorg en gezondheid, 2021). Ce plan explore huit thèmes pour tenter d'améliorer le quotidien de

l'ensemble des personnes atteintes de démences. Parmi eux, la mise en place de communes entières adaptées aux personnes atteintes de démences et la mise en place de milieux de vie qui réduisent les risques de développer une forme de démence et des lieux de vie qui en réduisent les conséquences sur la vie quotidienne (Alzheimer Europe, s.d.).

Ces deux thèmes abordent directement la question de l'architecture et de l'urbanisme. Nous voyons qu'en plus des objectifs médicaux classiques et des normes déjà existantes, la classe politique met aussi souvent l'accent et des moyens dans des méthodes non-pharmacologiques. Ensemble, les politiques médicales et architecturales, surtout flamandes, permettent de mettre en place de nouveaux modèles.

## *Les différents modèles existants*

---

Il existe en Belgique plusieurs modèles d'accueil résidentiel de personnes atteintes de démences. La classification proposée ici prend comme critère de différenciation l'organisation architecturale de l'établissement résidentiel. Nous pouvons citer quatre grands modèles d'accueil. Notons que chaque modèle a des aspects positifs et négatifs, que ce qui suit ne constitue pas un classement mais bien une énumération. Chaque modèle va avec ses ambitions et les moyens qui lui sont octroyés (Boyls, 2018).

## *MRS accueillant des personnes atteintes de démences*

---

Le premier est l'accueil en maison de repos et de soins (MRS) des personnes atteintes de troubles cognitifs. Les résidents atteints de démences sont intégrés avec les autres résidents dans l'établissement. Comme c'est une MRS, l'ensemble des résidents a besoin de soins particuliers et la prise en charge est souvent spécifique pour chaque résident. Il n'y a pas d'encadrement spécifique et collectif pour la démence. En réalité, l'objectif originel des MRS est de promulguer des soins de longue durée à des personnes âgées mais qui n'ont pas besoin d'une surveillance et de soins continus, ce qui est souvent le cas de personnes atteintes de démences. Les normes architecturales existantes pour ce type d'établissement ne sont donc pas prévues en conséquence.

Ce type de prise en charge existe assez peu en Belgique car cela demande un personnel conséquent. La réglementation oblige d'avoir un minimum de 11 membres du personnel de soins pour 30 résidents (Van Audenhove & al., 2009). De plus, un encadrement de ce type demande des équipements très coûteux.

Il n'est cependant pas impossible de mettre en place ce type d'établissement et le modèle ne doit pas être considéré comme un vieux modèle dont les suivants seraient des évolutions mais bien comme un modèle qui a ses qualités. En effet, si l'établissement est réfléchi comme pouvant accueillir des personnes atteintes de démences, c'est un des modèles qui permet le mieux une normalisation et mise en société des résidents. Ils ne sont pas considérés comme différents mais comme ayant une maladie comme une autre qui nécessite une prise en charge spécifique. Cependant, les personnes atteintes de troubles cognitifs sont souvent rassemblées sur un même étage pour plus d'efficacité (Boyals, 2018). Cela permet aussi, pour des individus arrivant en maison de repos sans aucune forme de démence, de pouvoir rester s'il en développent une. Le changement brutal d'environnement peut ainsi être en partie évité.

Les avantages de ce modèle sont donc : l'absence de ségrégation de résidents, une prise en charge individuelle, une mixité et entraide entre les services et surtout une vision autre de la personne atteinte de démence (Boyals, 2018). Mais il y a aussi des faiblesses à ce modèle. Il y a un risque important de dérive des objectifs de l'établissement et la mise en place d'une ségrégation contreproductive. La question du conflit d'usage se pose aussi rapidement, des solutions médicamenteuses sont souvent utilisées pour ne pas déranger les autres résidents (Boyals, 2018).

---

## *Espace de vie en MRS et MRPA*

Le deuxième modèle consiste en la mise en place d'un espace de vie spécialisé dans l'accueil de personnes présentant des troubles cognitifs dans une MRS. Cet espace n'est pas directement en connexion avec les chambres qui, souvent, font partie du reste de la MRPA-MRS. L'ensemble de l'établissement est partagé avec d'autres résidents, parfois les espaces de repas sont aussi partagés.

Ce modèle résulte souvent de l'adaptation d'une MRPA pour accueillir des personnes désorientées. Les chambres restent les mêmes pour l'ensemble des résidents et l'espace de vie est spécifique. Il est très rare que l'entièreté du bâtiment soit conçue en prenant en compte les personnes atteintes de démences. L'espace de vie n'est parfois qu'un espace déjà existant et adapté à l'accueil de résidents avec des troubles cognitifs.

Le point positif de ce modèle, c'est que le résident entre dans une communauté qui encourage les contacts sociaux et l'autonomie sans pour autant être totalement déconnecté du reste des résidents de la MRPA-MRS. Le personnel de soins crée aussi des liens plus forts avec les résidents et font partie de cette communauté. Cependant, il y a plusieurs points négatifs. Le lieu de repas n'est souvent pas adapté,

les accès à l'extérieur sont souvent peu accessibles. L'analyse menée par Sandrine Boyals (2018) sur ce type d'établissement en Wallonie est assez accablante. La majorité des espaces de vie sont saturés, défraîchis, n'ont pas d'espace de cuisine, ne proposent pas de réelles possibilités d'activités et d'appropriation, le cadre architectural n'est pas adapté et les activités proposées sont souvent inexistantes. Elle va jusqu'à comparer la condition de certains résidents à de l'enfermement (Boyals, 2018).

Mais au-delà de la situation en Wallonie, le modèle présente des désavantages intrinsèques, l'environnement limité ne permet que peu d'adaptations aux différents stades de la maladie et se révèle particulièrement inadapté aux stades les plus avancés (Boyals, 2018).

## *L'unité spécifique*

---

Le troisième modèle est le plus courant en Belgique, c'est l'unité spécifique pour personnes désorientées. Ici, l'unité se trouve toujours dans une MRPA-MRS mais est quasiment isolée du reste de l'établissement. C'est ce qui est plus communément appelé, en Belgique, un CANTOU.

Le concept de CANTOU a été théorisé et mis en place en 1977 en France par Georges Caussanel, avant donc les nombreuses recherches sur l'environnement spatial pour les personnes malades d'Alzheimer (Capuano, 2021 ; Espace Seniors, 2017). Ce principe s'inspire du modèle des Special Care Units (SCU) aux Etats-Unis. L'idée est de proposer un environnement adapté aux spécificités de la maladie et de rassembler les résidents autour de l'idée de former une famille pour encourager les contacts sociaux et l'autonomie (Capuano, 2021 ; Espace Seniors, 2017). C'est un espace qui tente de se rapprocher le plus d'un milieu familial en laissant des libertés d'appropriation aux résidents qui participent aux tâches de la vie quotidienne.

En 1998, le Gouvernement wallon met en place un arrêté qui dicte des normes pour les unités spécialisées en maison de repos (Van Audenhove & al., 2009). Ce modèle est donc normé dans notre pays, et certaines de ces normes concernent directement l'architecture.

L'arrêté gouvernemental du 3 décembre 1998 indique (Annexe II, Ch. 7) : « La participation qui s'inspire de la dynamique des groupes restreints doit favoriser les liens avec la famille et l'entourage des résidents et permettre une communauté de vie regroupant 5 résidents au minimum et 15 résidents au maximum. L'accueil et l'hébergement sont organisés à l'intérieur de la maison de repos, mais dans un lieu distinct. On entend par lieu distinct, un immeuble ou partie d'immeuble affecté exclusivement à l'unité. Cet immeuble est composé d'un lieu de vie et de chambres de résidents, de préférence individuelles

et attenantes au lieu de vie. Le lieu de vie doit avoir une superficie minimale de 60 m<sup>2</sup> et être composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique autour de laquelle toute la communauté de vie se rassemble, ainsi que d'un espace de repos muni de fauteuils. Le lieu de vie est suffisamment éclairé naturellement et dispose d'une vue vers l'extérieur. L'accès vers l'extérieur des résidents désorientés est sécurisé par un moyen technique approprié. »

D'autres règles sont aussi développées mais ne concernent pas l'architecture. Cependant, nous voyons ici que ces quelques lignes de cet arrêté gouvernemental aborde une grande partie des critères développés plus tôt sans pour autant les détailler en profondeur. Nous voyons aussi que certains points sont en cohérence avec les indications des différentes recherches dans le domaine mais l'obligation d'une table autour de laquelle les résidents se rassemblent est questionnable. C'est surtout son caractère unique qui pose problème. Nous avons vu qu'il était parfois préférable de favoriser des tables à échelle domestique pour permettre un sentiment de normalité. Une grande table peut être pertinente pour des activités de groupe mais assez peu dans la prise de repas quotidien. Dans les faits, la grande table est souvent accompagnée d'une multitude de plus petites tables.

Au niveau organisationnel, les chambres sont en lien direct avec l'espace de vie. Les résidents prennent leurs repas ensemble et passent leur temps en communauté. Elle se constitue souvent de 10 à 15 résidents maximum, c'est la fourchette la plus efficace pour constituer une ambiance familiale (Verbeek & al., 2009 ; Boyals, 2018 ; Van Audenhove & al., 2009 ; Fleming & Purandare, 2010). Certains établissements mettent en place plusieurs unités spécifiques pour accueillir un plus grand nombre de résidents. L'unité spécifique est cependant dépendante au niveau administratif et technique du reste de la MRPA-MRS. La gestion du linge, le choix des repas, la gestion des visites et les activités sont souvent décidés au niveau de la maison de repos et non au niveau de l'unité. Elle fait partie d'un ensemble.

La force de ce modèle est que l'entièreté de l'environnement peut être adapté aux résidents, c'est un véritable projet de vie, différent de la vie en MRS. Il permet une prise en charge optimale des résidents, une optimisation des contacts sociaux, un accueil qui peut varier avec le temps et une spécialisation du personnel (Boyals, 2018). La faiblesse de ce modèle c'est l'isolement quasi-total des résidents du reste de la société. Dans certains cas, l'unité spécifique ne propose pas assez d'espaces pour déambuler ou pouvoir s'isoler.

Le quatrième modèle est l'institution spécialisée. C'est un modèle encore très peu présent en Wallonie mais qui se développe de plus en plus en Flandre et à l'étranger. Le principe est assez simple : un établissement résidentiel est entièrement conçu pour accueillir des personnes atteintes de démences. L'institution est souvent autonome mais fait parfois partie d'une intercommunale ou d'une association d'établissements. Le même arrêté gouvernemental que pour les unités spécifiques s'applique à ce modèle et donc les mêmes contraintes architecturales.

Ce type d'établissement est souvent accompagné d'un projet de vie clairement établi, l'intégration dans ce type d'établissement se fait souvent par coïncidence entre ce projet de vie et la personnalité du résident. La limite d'une quinzaine de résidents par établissement rend ce modèle très peu accessible et très coûteux à mettre en place.

Le gros inconvénient de ce modèle, c'est que l'établissement peut devenir complètement exclu de la société. Les résidents peuvent ne plus avoir aucun contact avec l'extérieur autre que le personnel. Le prix pour entrer en institution spécialisée est un frein pour beaucoup de familles de résidents. Le projet de vie dans ce type d'établissement correspond donc souvent à des personnes aisées.

Mais l'atout de ce modèle, c'est le caractère central des résidents dans le projet de vie. Ces établissements n'ont pas d'autres objectifs que le bien-être des résidents, ils ne dépendent pas d'autres départements d'une institution. Très souvent l'établissement a une taille réduite correspondant à une grosse habitation individuelle, renforçant le caractère résidentiel de l'établissement. Il est souvent conçu dans l'optique d'accueillir ces résidents, ce n'est que rarement une adaptation d'un environnement existant et, quand c'est le cas, la reconversion se fait via de lourds travaux.

## *Modèles innovants et inexistantes en Belgique*

---

D'autres modèles existent mais ne sont pas présents en Belgique. Ces modèles tentent souvent d'aller au-delà de ce qui est fait en maison de repos et dans les établissements spécialisés. Le plus connu est le modèle de village. Le premier est celui de Hogeweyk aux Pays-Bas. C'est un modèle qui commence à se répandre de plus en plus en Europe, un nouveau à justement ouvert ses portes à Dax en France en 2020. L'idée est de créer un ensemble de plus grande taille qu'une maison de repos et qui invite le reste de la société à utiliser des équipements collectifs avec les personnes malades (Espace Seniors, 2015). Ce modèle veut aller au bout de la normalisation en mettant

en place des quartiers en fonction des styles de vie des résidents et en appliquant de façon rigoureuse les principes architecturaux émanant des études sur le sujet (Dedenroth Høj, 2019 ; Devora, 2019). Les principes de la salutogenèse y sont appliqués pour la première fois à une échelle plus importante et dans un contexte élargi à une plus grande partie de la société (Chryssikou, Tziraki & Buhalis, 2017).

L'avantage est que le village est constitué d'un ensemble d'équipements qui normalisent la situation de résidents (ou plutôt villageois) et qui peuvent être utilisés par n'importe qui. C'est le reste de la société qui utilise des équipements prévus pour les personnes qui habitent le village (Espace Seniors, 2015). Les habitants vivent à plusieurs dans de grandes unités où du personnel et des bénévoles travaillent. En soi, les espaces personnels, de vie, sont comparables à une unité spécifique d'une MRS-MRPA. Le village est un ensemble d'unités spécifiques accompagnées de services accessibles pour tous, le tout contrôlé à l'entrée.

Très vite considérés comme une solution à la désinstitutionnalisation de la démence, les villages Alzheimer présentent cependant des points négatifs. Plusieurs experts belges de la prise en charge des personnes atteintes de démences mettent en garde contre le risque de ghettoïsation de ce type d'établissement (Espace Seniors, 2015). De plus, la séparation des habitants selon leur style de vie et leur stade de la maladie annihile toute possibilité d'échange entre les différents habitants. Ce modèle a aussi un coût considérable qui ne correspond pas à la direction que prend la politique des établissements spécialisés en Belgique, rappelle Dominique Bigner (Espace Seniors, 2015). Et comme dans tous les autres modèles, les résidents restent enfermés dans le village et les sorties sont régulées par le personnel. Le village Alzheimer reste une institution totalitaire. La question de la pertinence de ce modèle en Belgique sera abordée dans la fin de ce travail de recherche.



Fig. 23 →  
Espace extérieur du Village Landais à Dax (France). La place du village est appropriable autant par les résidents que par leurs proches.  
© Nord Architects

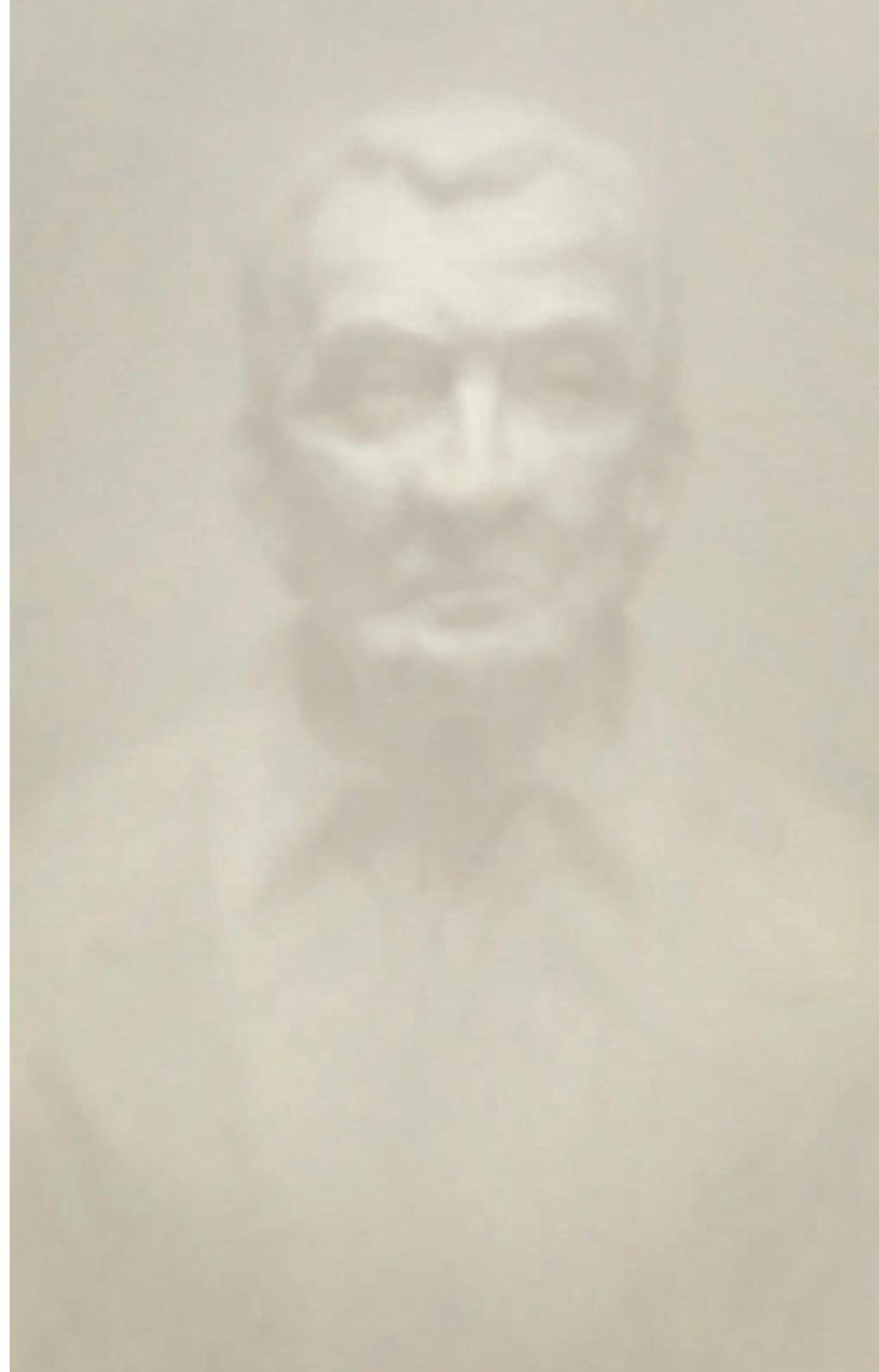
Lors de la mise en place de ce travail de recherche, il était prévu de faire une analyse comparative des quatre modèles présents en Belgique. Cependant, après les recherches préliminaires et les premiers contacts avec les établissements, le champ de recherche a été restreint pour faire uniquement une analyse d'unités spécifiques et d'institutions spécialisées. En effet, les MRS-MRAP intégrant des résidents atteints de démences ou avec un espace de vie spécifique sont des objets d'études de dimension considérable et qui, dans la grande partie de leur architecture, ne prennent pas réellement en compte les résidents atteints de démences. Il paraissait dès lors peu pertinent de comparer des bâtiments dont les considérations lors de la conception n'étaient pas les mêmes. Seules les MRS-MRPA ayant un espace de vie spécifique pouvaient éventuellement faire l'objet d'une analyse, l'espace de vie étant lui conçu dans une optique d'accueil spécifique, la comparaison architecturale n'est pas incohérente. Mais le caractère local de cette architecture dans l'établissement et la multitude d'espaces non-spécifiques utilisés par les résidents modifient totalement l'échelle de l'étude.

Pour choisir les établissements à étudier, un listing des différentes institutions qui accueillent des personnes atteintes de démences en Belgique a été fait en spécifiant pour chacune ; le modèle d'accueil, la localisation du projet ainsi que l'architecte (ou bureau d'architecture). L'intérêt est d'avoir une vue d'ensemble des différentes institutions pour pouvoir sélectionner des établissements « type ». Chaque région est représentée dans ce listing et le choix se devait de les représenter au mieux. Un bâtiment a donc été sélectionné en Wallonie, un à Bruxelles, un en Flandre et un en Région Germanophone.

Les bâtiments sélectionnés sont donc : la résidence Saint-Joseph à Verviers qui a une unité spécifique pour personnes désorientées, la résidence Roi Baudouin à Woluwe-Saint-Pierre qui compte deux CANTOU réunis dans une aile spécifique du bâtiment, la Villa de la Huis Perrekes (Maison Perrekes) située à Oosterlo qui est un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de démences, la Alten- und Pflegewohnheim Sankt Joseph (Maison de retraite et de soins infirmiers Saint Joseph) d'Eupen qui a, elle aussi, une aile spécialisée.

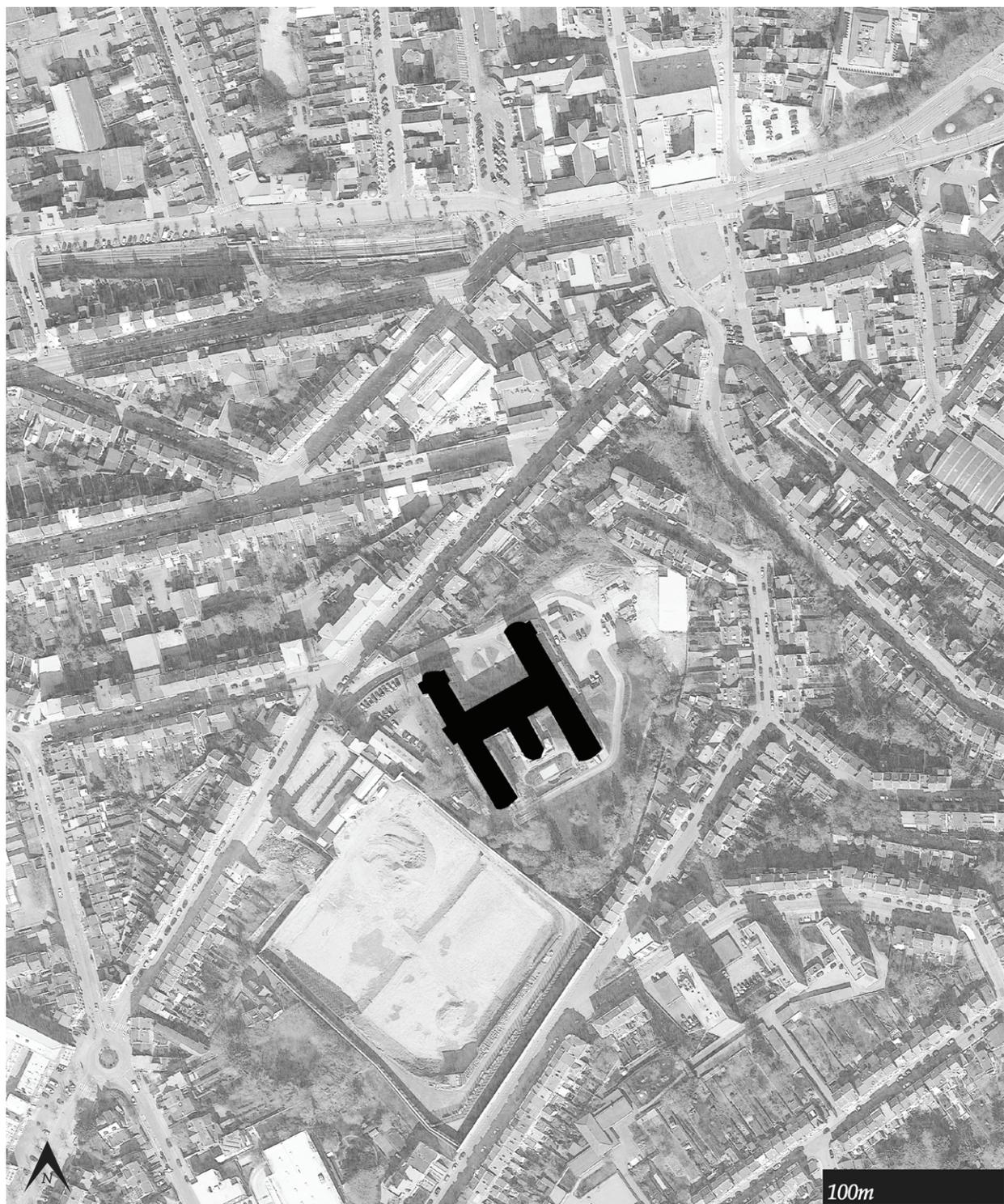
Malheureusement, les visites prévues de l'établissement d'Eupen ont dû être annulées en raison d'une mise en confinement de l'aile spécialisée due à la pandémie de Coronavirus. Les informations disponibles sans faire de visite ne permettent pas de faire une analyse pertinente et objective du bâtiment, l'analyse se fait donc uniquement sur les trois autres établissements. L'ordre dans lequel sont analysés les établissements ne constitue pas un classement mais simplement l'ordre dans lequel ils ont été visités.

Fig. 24 →  
Photographie d'une sculpture  
d'Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt  
©Alexandra Cool



# RÉSIDENCE SAINT- JOSEPH DE VERVIERS

*Charles Thirion, Altiplan et  
Creative Architecture*



La résidence Saint-Joseph de Verviers est une MRS-MRPA qui possède deux unités spécifiques. Chacune d'elles compte onze chambres individuelles. Les deux unités peuvent être reliées pour former une grande unité de 22 résidents. D'après le personnel de l'établissement, la porte séparant les deux unités est constamment ouverte. L'analyse architecturale considère donc les deux unités comme un ensemble. La modification en cas de fermeture entre les unités sera abordée brièvement.

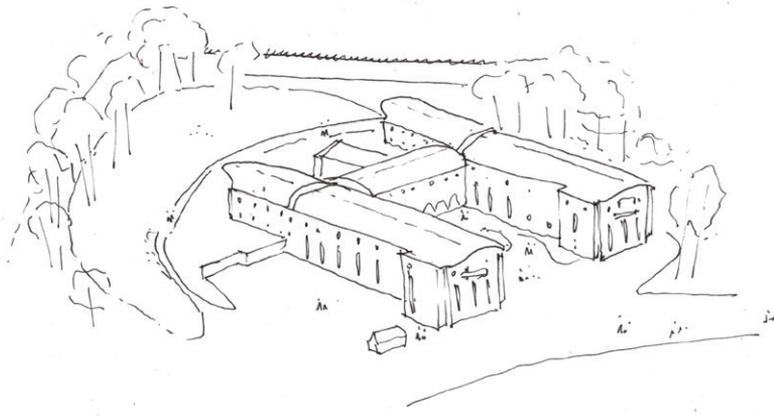
## *Historique et implantation*

---

La résidence Saint-Joseph actuelle est une rénovation. Le bâtiment d'origine, dessiné par l'architecte Charles Thirion, est inauguré en 1885. A cette époque, le bâtiment a un plan en H avec une chapelle accolée au corps central. Il se développe sur deux niveaux surmontés de combles à deux versants de toitures. En 2001, le CPAS de Verviers, propriétaire du bâtiment, décide de le mettre aux normes et d'en profiter pour construire une unité spécifique. Le chantier commence en 2010 et c'est le projet de l'AM Creative architecture et Altiplan qui est sélectionné. Le bâtiment est alors exhaussé d'un niveau sur l'entièreté de sa superficie et les deux ailes du H sont prolongées vers l'arrière ; le parc adjacent est complètement redessiné. La résidence compte actuellement 200 lits.

Le bâtiment est implanté au sud de centre-ville de Verviers, sur le flanc de la vallée de la Vesdre, dans un quartier essentiellement résidentiel. Le bâtiment ne suit pas l'alignement des maisons individuelles et vient se loger dans le cœur de l'îlot. Le terrain a de forts dénivelés, le R+1 du bâtiment à rue rattrape le terrain à l'arrière. L'établissement est entouré d'espaces verts mais fait face, sur son aile ouest, au chantier de la future prison de Verviers dont les murs et barbelés sont déjà présents.

Les unités spécifiques occupent l'entièreté de l'exhaussement de l'aile ouest, en partie dans des espaces sous toiture voutés. L'unité spécifique date donc entièrement d'après 2010 et n'est pas un reconditionnement de l'ancienne MRPA, les seules contraintes étant la superficie et les murs porteurs de l'ancien bâtiment. L'unité est bien située par rapport aux sources sonores, le bâtiment est largement en retrait de la rue et en hauteur par rapport à celle-ci. Le quartier ne présente pas d'infrastructures publiques pouvant causer des nuisances. Il faudra cependant voir les nuisances que la prison provoquera quand elle sera en service.



## Circulation et désorientation

L'unité spécifique est, de façon simplifiée, un couloir bordé de chambres avec des espaces de vie aux extrémités et en son centre. L'espace de circulation est linéaire, la seule bifurcation mène à la porte donnant sur corps central du bâtiment. Cette disposition demande la mise en place d'éléments pour contrer la symétrie dans les deux sens de l'architecture.

L'espace à l'extrémité nord n'est pas considéré comme un espace de vie mais comme un espace de salon additionnel.

Pour améliorer l'orientation des résidents, plusieurs dispositifs ont été mis en place. Tout d'abord, certains éléments peuvent être considérés comme des points de repères jalonnant cet espace de circulation : l'espace de vie central, l'espace d'infirmier au croisement, des espaces de rangement, du mobilier spécifique. Ces éléments ont une présence qui peut permettre aux résidents de se situer plus facilement dans ce long couloir de presque 60m . Cependant, peu sont ceux qui peuvent avoir un réel sens pour eux. L' espace d'infirmier et les espaces de rangement marqués par un grand volet ont une présence importante dans l'espace mais n'ont que peu de sens pour les résidents car ils sont associés au personnel de soins. Ces espaces risquent, par leur présence et leur absence d'utilité, de complexifier la lecture de l'espace de circulation qui est pourtant simple dans sa structuration.

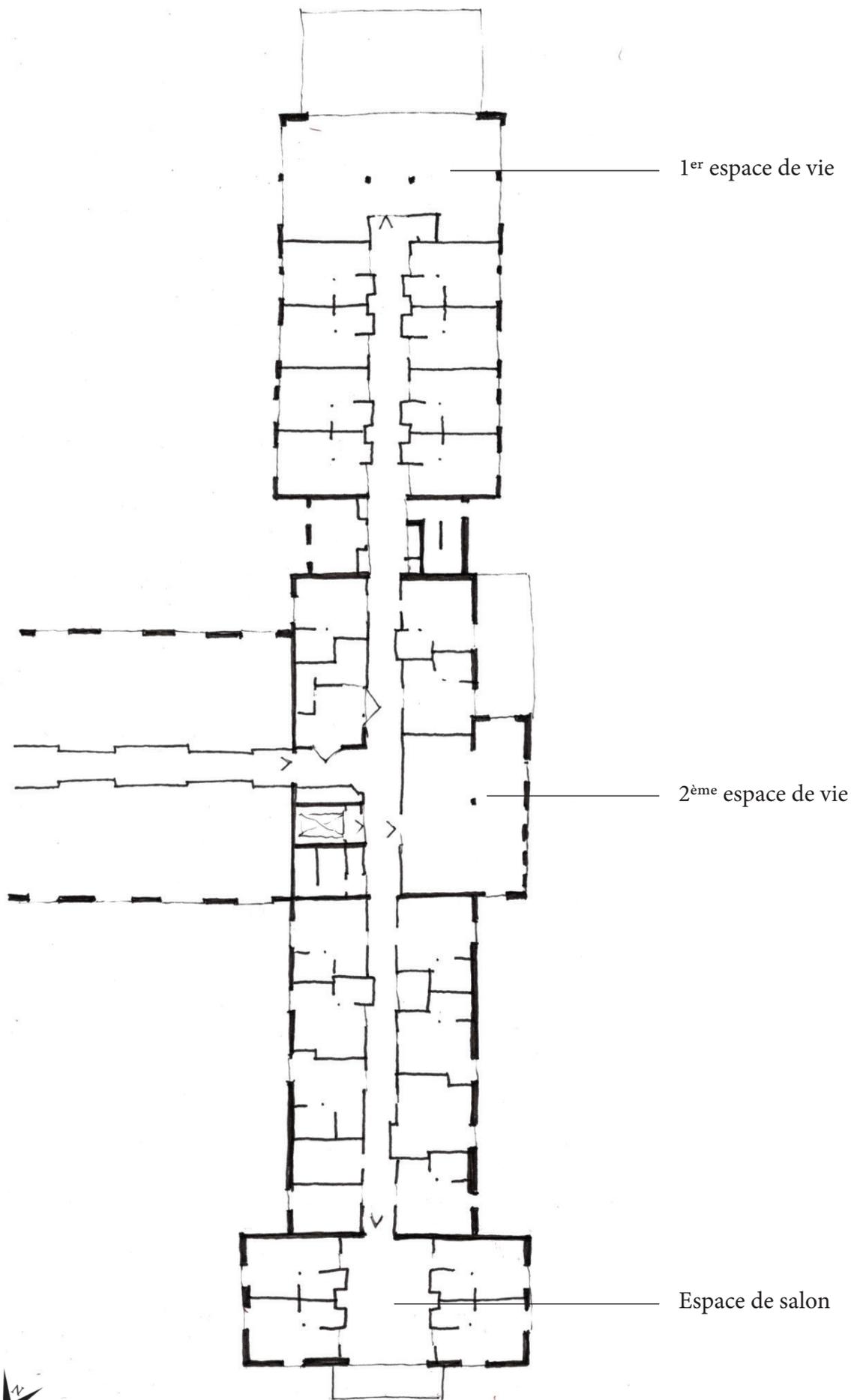
Seul l'espace de vie central peut avoir un intérêt pour les résidents mais il est assez peu marqué dans le couloir. Seules les deux portes perpendiculaires à l'axe de circulation ont une légère présence dans l'espace. De plus, de petits éléments comme des peintures murales et du petit mobilier peuvent aider les résidents à se repérer. De petites niches sont parsemées tout au long du couloir, elles permettent aux résidents, selon le personnel de soins, de s'appropriier les lieux en y déposant des objets personnels, en y empruntant ceux des autres ou en les décorant en fonction des saisons. Un dispositif de stimulation sensorielle peut aussi servir de repère.

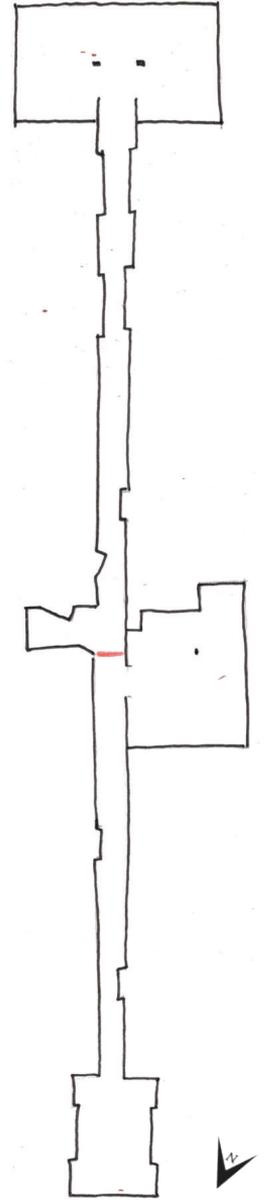
Fig. 26  
Axonométrie de la résidence  
© X. De Lanève

↑

Fig. 27  
Plan de la résidence  
© X. De Lanève

→





Les couloirs et les espaces de vie des deux unités présentent des couleurs différentes. Cela peut permettre au résident de savoir dans quel sens il se trouve pour éventuellement retrouver sa chambre ou un espace de vie. L'organisation des chambres et salles de bains a un impact sur la forme du couloir. Pour maximiser l'espace disponible dans les chambres, les architectes ont positionné les salles de bains de façon à ce qu'elles dépassent légèrement dans l'espace de circulation. Cette intervention agrandit certes les chambres, mais complexifie énormément cet espace de circulation. Combiné aux autres éléments cités plus tôt, le couloir devient sinueux, provoquant des dilatations de l'espace et des coins saillants. Nous pouvons imaginer que tout cela peut rythmer l'espace mais l'absence de sens et la répétition du même élément ne fait que rendre l'espace peu lisible, plus complexe.

Fig. 28 ←  
 Vue du couloir depuis l'entrée de l'unité  
 © X. De Lanève

Fig. 29 ←  
 Couloir menant à l'espace salon  
 © X. De Lanève

Fig. 30 ↑  
 Schéma de l'espace de circulation  
 © X. De Lanève

Fig. 31 →  
 Vue du couloir depuis l'espace de vie sud  
 © X. De Lanève

Le plan a aussi ses avantages, toutes les chambres sont à proximité directe d'un espace de vie. Les résidents peuvent aller d'un espace de vie à l'autre sans danger et en autonomie. Il permet, malgré sa complexité, d'avoir une vue sur la presque totalité de l'unité. Le point d'où l'ensemble est visible est d'ailleurs occupé par une chaise très prisée des résidents. De plus il se situe devant l'accès à l'unité. C'est un lieu où le résident peut avoir un contrôle et une visibilité totale sur ce qu'il se passe.



L'unité comporte deux espaces de vie avec cuisine, espace de salon avec télévision, espace de repas et accès à une terrasse, ainsi qu'un espace salon avec une large vue sur la ville sur lequel quatre chambres donnent directement.

Le premier espace de vie, situé à l'extrémité sud de l'unité se compose de deux sous-espaces égaux : la cuisine / salle à manger et le salon. Du côté salon, l'ensemble de fauteuils se tourne vers une télévision et une vue extérieure donnant sur le parc et le reste du bâtiment. De l'autre côté, une grande table pouvant accueillir l'ensemble des résidents d'une des deux unités et un îlot de cuisine avec cuisinière électrique prennent l'ensemble de l'espace. Le reste de la cuisine se tourne vers le mur. D'autres tables, sans chaises, occupent l'espace.

L'ambiance de cet espace est peu résidentielle, la normalisation de l'espace ne s'exprime que timidement par le choix de mobilier travaillé en bois massif et de fauteuils pouvant rappeler l'habitation précédente des résidents, mais ce sont bien les seuls éléments qui ne correspondent pas à un langage hospitalier. Le faux-plafond suspendu à structure légère, le linoléum gris au sol ou encore les portes grises en contre-plaqué, sont des éléments habituellement mis en œuvre pour des questions de coûts mais surtout pour une facilité d'entretien. Ils correspondent à des objectifs d'efficacité rarement pris en compte dans l'architecture résidentielle et donc peu pertinents dans ce contexte.

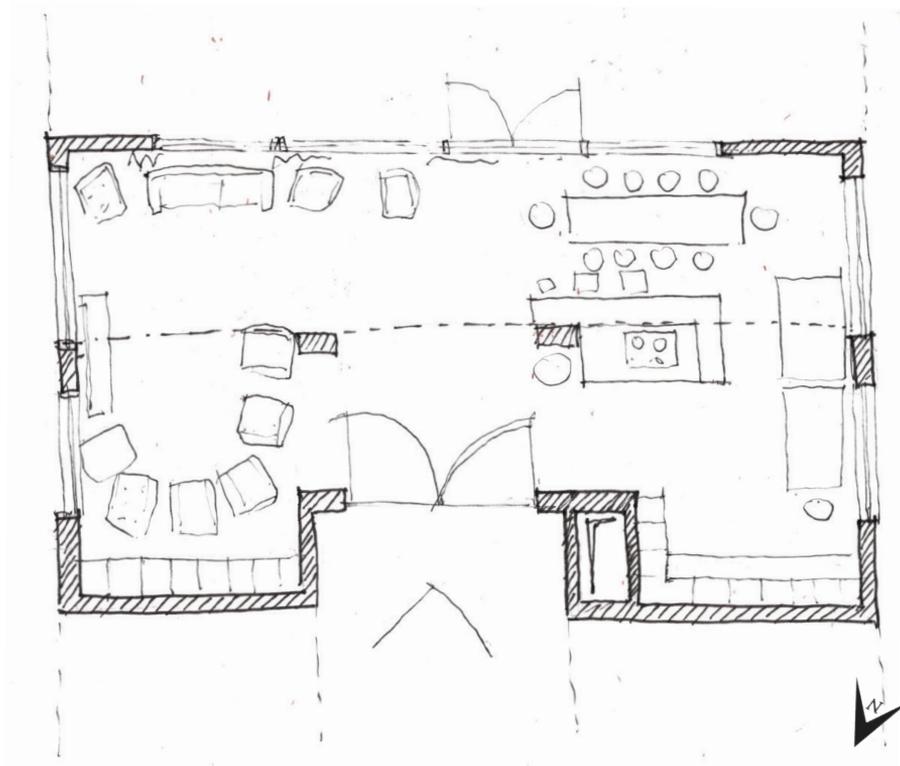
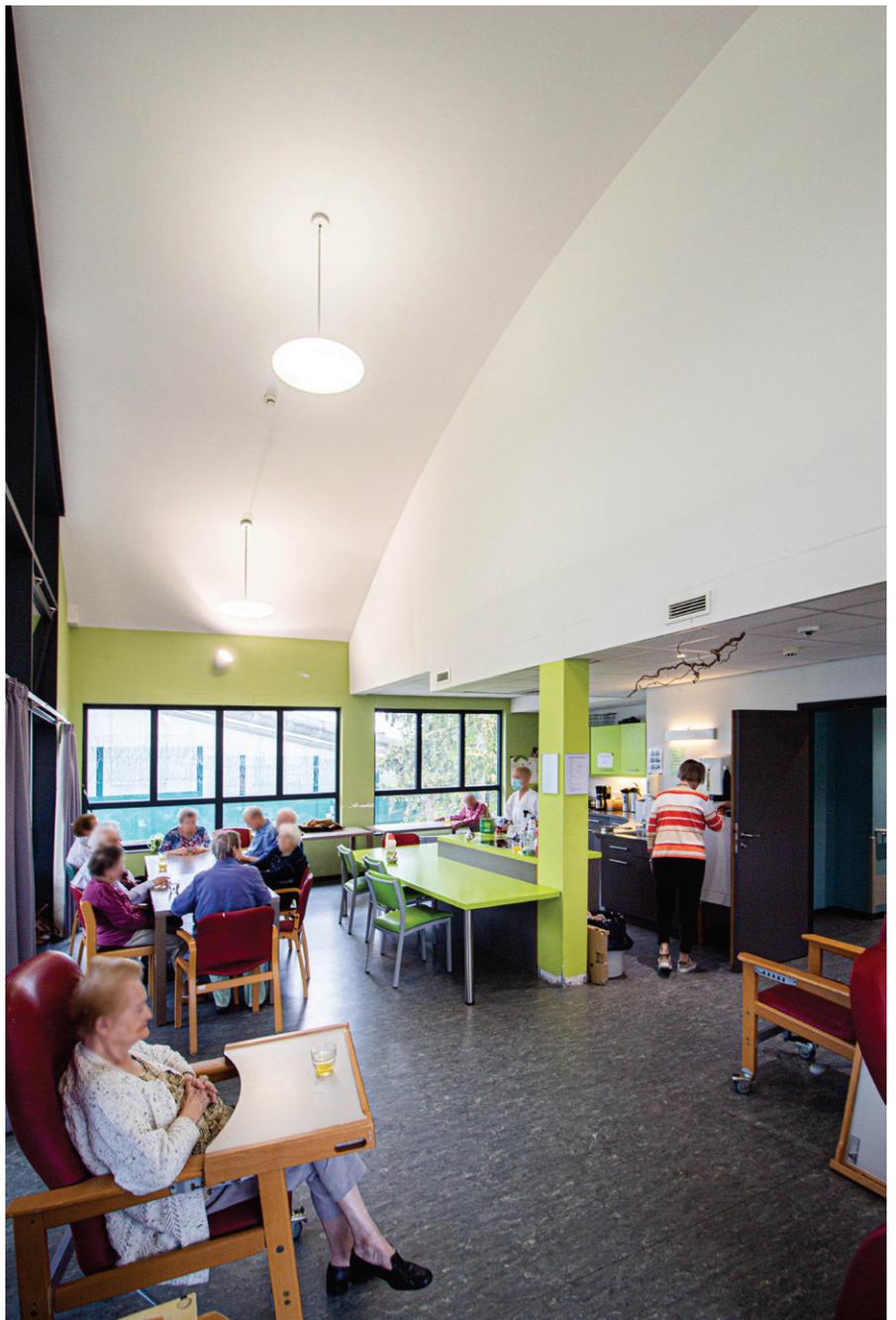


Fig. 32 ←  
Croquis In Situ de l'espace de vie sud  
© X. De Lanève

Fig. 33 & 34 →  
Vues de l'espace de vie sud  
© X. De Lanève



Le mobilier sur mesure destiné au personnel est inaccessible aux résidents et pourtant les poignées servant à l'ouvrir sont assez massives et visibles. Le personnel de l'établissement note d'ailleurs un énervement des résidents qui n'arrivent pas à ouvrir un meuble pourtant visible et facilement accessible. Nous voyons ici que simplement la couleur et le dessin des poignées d'un meuble peuvent rapidement le transformer en une source de stress et de frustration pour les résidents.

Ce premier espace se prolonge vers un espace extérieur couvert. L'ouverture plein sud apporte énormément de lumière naturelle, mais le choix de rideaux en tissu sombre, couplé à la couverture de la terrasse, atténue énormément la sensation de luminosité. Ils améliorent cependant l'acoustique de cet espace haut sous plafond.

Le second lieu de vie se divise de la même manière. Ici l'espace est sensiblement plus compliqué à lire, les recoins, la gaine technique, une colonne au milieu de l'espace et les nombreuses fenêtres complexifient celui-ci. Ces fenêtres étroites apportent d'ailleurs assez peu de lumière et c'est essentiellement l'accès à la terrasse qui apporte de la lumière. Les matériaux et l'organisation sont les mêmes que pour l'autre espace de vie.

Dans les deux espaces, le mobilier est un mélange de meubles intégrés au langage très hospitalier et plus familier pour les résidents mais qui est assez peu utilisé.

Au final, les deux espaces de vie proposent la même architecture. Le choix de l'espace se fait selon l'unité dans laquelle se trouve le résident ainsi que ses envies. On aurait pu imaginer deux espaces aux caractéristiques ou mode de vie différents qui permettent aux résidents de faire le choix qui leur correspond au mieux, qui proposent des niveaux de stimulation différents et des ambiances variées en fonction des activités. Ce n'est pas le cas et malgré la présence de trois espaces qui ne se démarquent que très peu les uns des autres.



Fig. 35 ←  
Vue de l'espace de vie central  
© X. De Lanève

Fig. 36 & 37 →  
Vues de l'espace de vie central  
© X. De Lanève

Fig. 38 & 39 →  
Vues de l'espace salon  
© X. De Lanève



L'espace salon profite de la meilleure orientation et propose d'autres qualités spatiales que les espaces de vie, un espace plus centré sur lui-même et en même temps beaucoup plus ouvert sur l'extérieur. La grande vue sur le paysage permet aux résidents de se rendre compte du temps qui passe et du cycle jour / nuit. Du mobilier à l'aspect résidentiel occupe le centre de l'espace. Cet espace assez peu occupé par les résidents leur permet de s'isoler et d'y accueillir leur famille. Son positionnement lui donne une fonction ambiguë, entre l'espace de vie et le salon privé.



Fig. 40 ←  
Expression de la normalisation  
dans l'espace de vie central.  
© X. De Lanève

Fig. 41 →  
Expression de la normalisation  
dans l'espace salon  
© X. De Lanève



A cause de l'organisation planimétrique, il n'y a aucune vue vers l'extérieur depuis l'espace de circulation. En conséquence, en journée, l'espace de circulation est un tunnel avec une lumière vive aux extrémités. La lumière dans le reste de l'espace de circulation est donc complètement artificielle. Les luminaires suivent le calepinage du faux-plafond mais sont répartis de façon irrégulière créant un éclairage de l'espace lui aussi irrégulier, des zones d'ombres importantes apparaissent et rendent la lecture de l'espace encore plus confuse.

L'éclairage nocturne est géré par des balises éclairant le sol et répartis de façon régulière.

Au final, l'éclairage naturel est maximisé dans les espaces de vie et les chambres. Ceci n'est pas une mauvaise chose mais le personnel de soins note que la plupart des résidents ne vont dans leur chambre que pour y dormir et qu'ils y passent moins de temps que dans le couloir, la lumière aurait donc pu y être optimisée.



Fig. 42 ←  
Luminosité irrégulière dans le couloir  
© X. De Lanève

Fig. 43 ↓  
Système d'éclairage nocturne  
© X. De Lanève

Fig. 44 →  
Schéma d'éclairage naturel de l'unité  
© X. De Lanève





## Les chambres et salles de bains

---

L'unité spécifique comporte 22 chambres de 14 à 16 m<sup>2</sup>. Chaque chambre a au moins une fenêtre. Au niveau de l'appropriation de l'espace par les résidents, chacun a le droit d'apporter leurs meubles à l'exception du lit qui est fourni par la MRS. Ils ne peuvent cependant pas choisir les couleurs de murs. Les chambres permettent de multiples dispositions du mobilier en fonction des envies de résidents.

L'ambiance de la chambre rappelle toutefois les chambres hospitalières et peut être perçue, dans la matérialité, comme la continuité de l'espace de circulation : sol en linoleum gris, faux plafond à structure légère, murs plafonnés en blanc.



Fig. 45 ←  
Vue d'une chambre depuis le couloir, les éléments personnels sont assez sommaires.  
©Xavier De Lanève

Fig. 46 →  
Vue d'une chambre avant qu'elle ne soit attribuée à un résident, une grande partie du mobilier est déjà présent.  
©ALTIPLAN°architects

On peut se demander si les chambres peuvent réellement correspondre à l'idée de l'habitat individuel du résident quand rien ne les distingue les unes des autres. Quand la porte d'une chambre est ouverte, rien n'indique que l'on rentre dans une chambre d'un individu si ce n'est les quelques meubles apportés. Le statut de la chambre par rapport à l'espace de circulation n'est pas clair, d'ailleurs, le personnel de soins rapporte que les résidents se trompent souvent de chambre. Alors bien sûr, le caractère unique d'une chambre ne va pas résoudre le problème mais ici rien n'est fait pour tenter de le pallier. L'environnement architectural répétitif, hospitalier et sa non-flexibilité ne permettent pas de supporter les compétences cognitives restantes des résidents.

Les portes des chambres sont toutes les mêmes, seule une photo du résident habitant la chambre les distingue. Cependant, toujours selon le personnel de soins, la porte de la chambre reste ouverte quand le résident n'y séjourne pas. La photo n'est donc pas visible pour le résident quand il cherche sa chambre, elle ne sert en réalité qu'aux familles et au personnel. Mais au-delà du positionnement de la photographie qui pourrait être modifié, celle-ci ne suffit pas pour qu'un résident reconnaisse sa chambre. Certains d'entre eux, dans des stades avancés de la démence, ne savent plus reconnaître leur visage. Cette information n'a donc plus de sens pour eux, ce sont d'autres éléments de l'architecture qui doivent tenter de pallier à cette perte.

L'usage de la porte peut aussi modifier le sentiment de chez soi, une porte tout le temps ouverte comme dans ce cas-ci, ne permet au résident de considérer cet espace comme le sien et comme privé car il est constamment à la vue de tous (Eijkelenboom & al., 2017).

Les salles de bains sont des modules conçus par les architectes. Leur organisation est traditionnelle pour une salle de bains pour PMR. Le carrelage au sol est gris clair créant un contraste avec le sanitaire, minimisant ainsi le risque de chute (Day, Carreon & Stump, 2000). Une petite porte au-dessus de l'évier permet d'avoir un contrôle sur ce qu'il se passe dans la salle de bains en cas de besoin.



La sécurité des résidents est souvent la priorité dans les unités spécifiques. Les risques de fuite et de chute étant élevés, les dispositifs mis en place tentent de les éviter au maximum.

Pour éviter les chutes, l'ensemble de l'espace de circulation est équipé d'une main courante. Cependant celle-ci s'arrête à chaque bifurcation du couloir. Avec les portes, la main courante est divisée en 25 sections pour parcourir l'unité d'un côté à l'autre. Il a été observé par le personnel de soins que ces mains courantes sont nécessaires mais peu utilisées or, dans les espaces de vie, aucune main courante n'est prévue alors que c'est l'espace où les résidents en auraient le plus besoin.

Dans le couloir, deux éléments de recouvrement de joints ou de gaine technique s'expriment fortement au sol et forment une barrière, certes minime, mais qui peut être interprétée par son fort contraste avec le sol comme étant plus volumineux ou plus haut par une personne atteinte de troubles cognitifs (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014).

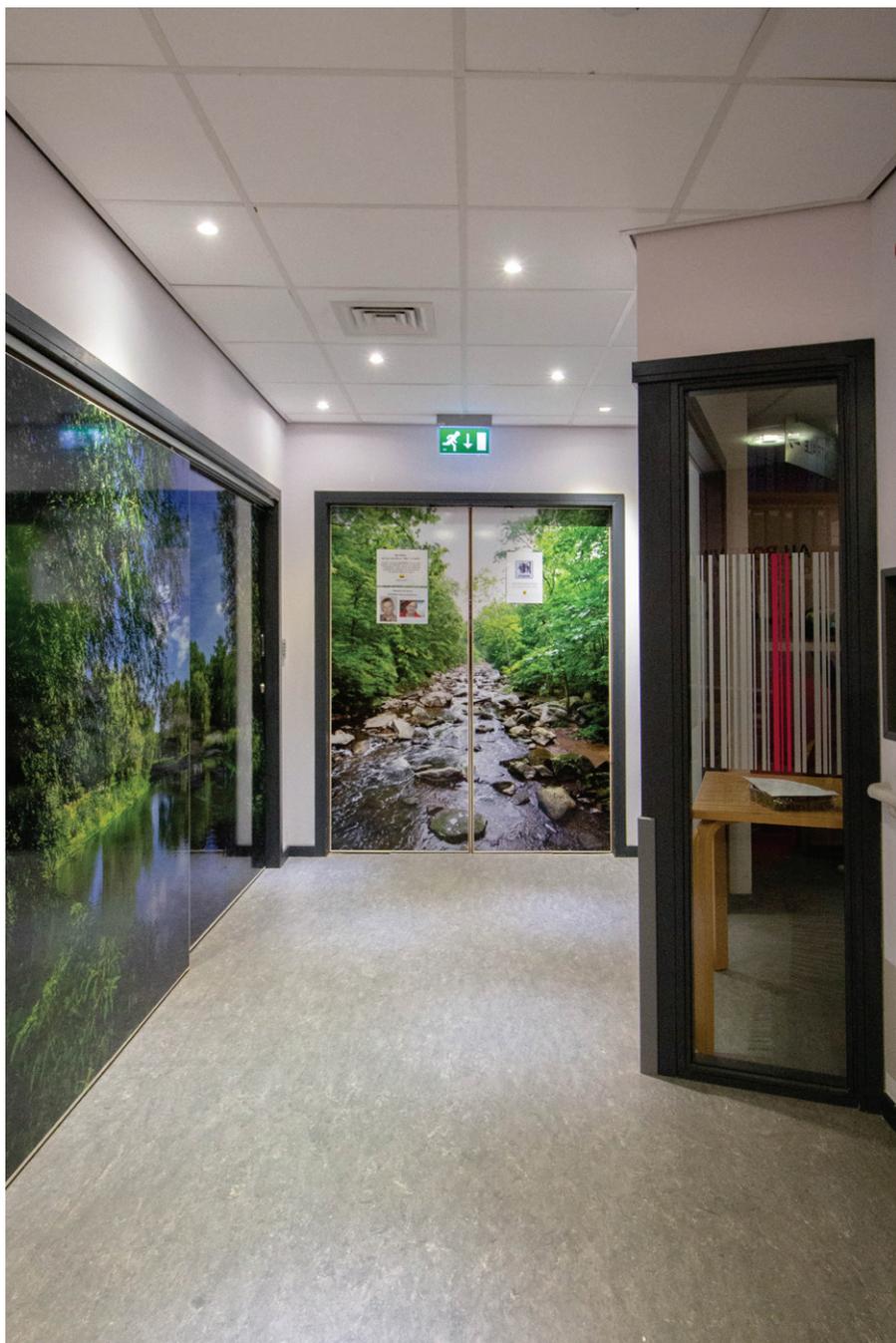
L'unité compte deux accès, un via un ascenseur et l'autre via l'aile centrale menant à une porte sécurisée. Dans les deux cas, c'est la solution du digicode qui a été adoptée. Les accès sont tous deux recouverts d'une photo d'espace vert. Le but, selon la direction, est de détourner l'attention des résidents des espaces de sortie pour éviter leur envie de fuite, mais on peut se demander si ces photos n'ont pas l'effet inverse et mettent ces issues plutôt en avant. La porte menant au reste de l'établissement (fig. 48) pose question, elle est recouverte d'une photo de cours d'eau avec une perspective à un point de fuite centré sur la porte, donnant l'illusion que le couloir devient le cours d'eau. Dans ce cas-ci, il est difficile de savoir comment les résidents peuvent percevoir cette photo, mais il est possible qu'elle rende certains d'entre eux confus face à une image qui ne correspond pas à une réalité et surtout qu'un élément perçu comme en trois dimensions ne l'est pas du tout.



Fig. 47 ←  
Vue de l'espace d'entrée et sortie de l'unité. Les portes sont toutes recouvertes de photographies d'extérieurs.  
©Xavier De Lanève

Fig. 48 →  
La porte donnant sur le reste de la MRS et recouverte d'une photographie avec la même perspective.  
©Xavier De Lanève

La jonction entre l'espace de circulation est gérée avec un sas. Ce sas existe à cause d'exigences de compartimentage en cas d'incendie. Mais son usage est ici détourné pour que les résidents n'aient pas accès directement à l'ascenseur. Comme énoncé, la porte du sas est recouverte d'une photo, il faut donc d'abord ouvrir une porte coulissante bien visible car juste en face de l'espace de vie central. Aucune des sorties n'est vraiment camouflée et leur positionnement dans le bâtiment résulte du schéma de circulation existant. Il est dès lors compliqué de modifier leur situation mais leur traitement pourrait, selon moi, être plus efficace pour l'orientation des résidents et pour éviter l'envie de fuite de ceux-ci.



## Espaces extérieurs et lien avec le reste de la société

Les résidents ont accès à trois terrasses depuis l'unité spécifique, les accès se font tous à partir des espaces de vie ou de l'espace de salon. Les portes y menant sont toutes transparentes et visibles depuis n'importe quel endroit de l'espace de vie attenant. Cependant l'accès aux terrasses ne se fait qu'avec l'accompagnement d'un membre du personnel, il n'est donc pas entièrement libre malgré des dispositifs de sécurité assez lourds. Par exemple, un résident voulant se rendre sur la terrasse nord équipée d'un garde-corps de 130 centimètres devra retourner jusqu'à l'espace de vie où se trouve le personnel de soins la plupart du temps, puis retourner jusqu'à la terrasse. Nous voyons ici que le problème ne se situe pas au niveau de l'architecture mais bien dans les libertés de son usage.



Fig. 49 ←  
Vue de la terrasse de l'espace de vie central.  
©Xavier De Lanève



Fig. 50 ←  
Vue de le terrasse de l'espace de vie sud  
©Xavier De Lanève

Fig. 51 ↑  
Schéma des terrasses  
©Xavier De Lanève

Fig. 52 & 53 →  
Vues de la terrasse de l'espace central  
©Xavier De Lanève

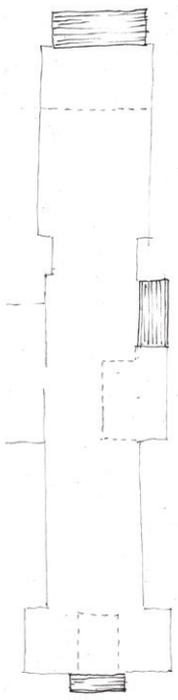
Fig. 54 →  
Vues de la terrasse de l'espace salon  
©Xavier De Lanève

Fig. 55 →  
Vues de la terrasse de l'espace de vie sud depuis le parc  
©Xavier De Lanève

Malgré la présence de trois terrasses, elles présentent toutes les mêmes caractéristiques et sont donc peu adaptables aux différents goûts et envies des résidents. Le mobilier est en partie mobile, les résidents peuvent ainsi déplacer les tables et chaises à leur convenance.

Les deux terrasses en lien avec les espaces de vie ont des garde-corps très imposants, ils ont tous les deux une hauteur de presque 180 cm. Le dessin de ces garde-corps, un avec des pointes au bout et l'autre avec des câbles métalliques horizontaux, ne correspond pas du tout à une volonté de normalisation. La présence des murs et barbelés de la prison en arrière-plan ne fait que renforcer un aspect carcéral de ces terrasses.

La terrasse sud est couverte et permet donc d'organiser des activités à l'extérieur en tout temps et permet aux résidents de profiter de l'extérieur tout en étant à l'ombre.



Les vues depuis les différentes terrasses sont diversifiées, la vue sur l'ensemble de la ville de Verviers depuis la terrasse nord permet aux résidents de voir passer les saisons, d'avoir conscience de la météo et du moment de la journée. Les deux autres terrasses proposent des vues sur l'espace de parc à l'arrière du bâtiment et constituent l'unique connexion de l'unité à un espace vert. Malgré cela, la présence de la prison reste prépondérante dans le paysage et donne un aspect artificiel à cet espace boisé pourtant antérieur à la prison.



Fig. 56 ←  
Espace de parc attaché à la  
résidence  
©Xavier De Lanève

Fig. 57 →  
Vue de la résidence depuis le parc,  
l'unité spécifique se situe dans le  
dernier étage.  
©Xavier De Lanève

Fig. 58 →  
Limite du parc et vue sur la prison  
de Verviers  
©Xavier De Lanève

La MRS-MRPA profite d'un espace de parc situé au sud du bâtiment. Ce parc comporte un espace de jeu accessible à tous, un parcours faisant le tour du parc et un poulailler. Il propose plusieurs ambiances très différentes, des endroits où être seul et très calme, des espaces plus animés avec des terrasses du reste de la MRPA. Il n'est cependant pas adapté aux personnes atteintes de démences, il n'y a que de très peu de bancs répartis de façon non-uniforme, il est complètement ouvert sur l'espace public.

Le parc est facilement accessible depuis l'unité spécifique, un escalier extérieur y amène depuis la terrasse sud. L'accès est fermé en permanence pour des questions de sécurité. Les résidents peuvent, s'ils le souhaitent, profiter de ce parc mais sur demande et toujours accompagnés, ce qui arrive très peu souvent d'après le personnel de soins, ou alors pendant des balades organisées.



## *Les espaces du personnel et des familles*

---

Le personnel n'a aucun espace qui lui est dédié dans l'unité, il utilise le même espace que l'ensemble du personnel de l'établissement. L'ensemble de l'unité est entièrement réfléchi autour des résidents, les espaces où ils n'ont pas accès leur sont quand même dédiés, comme l'infirmierie et les espaces servants. Aucun conflit d'usage n'a été relevé par le personnel présent au moment de la visite.

Aucun espace n'est mis à disposition des résidents dans l'unité pour accueillir leur famille. Ils peuvent cependant, uniquement accompagnés de leur famille, se rendre dans la cafétaria de la MRS-MRPA. La possibilité d'aller à la cafétaria permet une intimité entre le résident et ses proches mais donne un statut d'autorité aux familles qui ont le pouvoir d'y amener ou non le résident. Le résident n'invite pas sa famille chez lui puisqu'il n'a accès à cet espace que quand elle est là. C'est donc plutôt l'inverse qui se produit. L'espace n'est pas conçu dans l'optique d'accueillir le résident malade ; c'est la famille qui permet le support de la maladie pour qu'il profite de cette liberté. Sinon, il n'y a pas droit.

### *Et quand les unités sont séparées ?*

---

Si l'on considère les deux unités de vie séparément, les schémas de circulation sont complètement modifiés. L'unité sud a un schéma sans issues, un couloir, donnant uniquement sur des portes fermées, est accolé à un espace de vie. Les distances entre les chambres et l'espace de vie deviennent irrégulières, certains résidents se retrouvent défavorisés. Les choix de l'espace de vie dans lequel le résident voulait aller n'est plus possible, il est contraint à occuper un seul espace qui peut ne pas lui convenir et qui ne propose que peu d'ambiances différentes.

Malgré le fait que la réunion des deux unités de vie crée une communauté de 22 résidents, dépassant ainsi les normes en vigueur, cela permet de proposer une architecture plus juste dans le traitement des individus et d'avoir une multitude d'espaces qui, même si très semblables, leur permettent de choisir un lieu de vie plutôt qu'un autre.

Pour conclure l'analyse de cet établissement, nous pouvons affirmer que dans ce cas-ci, le choix de l'implantation et les contraintes dues à l'ancien bâtiment ne sont pas des bases qui permettent de constituer un cadre général qui est adapté aux personnes atteintes de formes de démences. Les architectes ont donc été contraints à mettre en place des dispositifs à plus petite échelle. Nous voyons aussi ici qu'un usage non réglementaire de l'espace permet de proposer une architecture plus adaptée.

Fig. 59 →  
Vue de la résidence depuis la rue  
Donckier  
©Xavier De Lanève



# RÉSIDENCE ROI BAUDOUIIN À WOLUWE- SAINT-LAMBERT *BAEV (Archipelago)*



La résidence Roi Baudouin de Woluwe-Saint-Pierre est, elle aussi, une MRS-MRPA avec deux CANTOU de chacun 15 chambres individuelles. Les deux unités sont en grande partie identiques puisqu'elles se situent l'une au-dessus de l'autre et ont le même plan. Seules les relations à l'extérieur changent. Les deux unités forment un bâtiment presque autonome au niveau formel, il n'est relié au reste de l'établissement que par une passerelle.

## *Historique, implantation et schéma de composition*

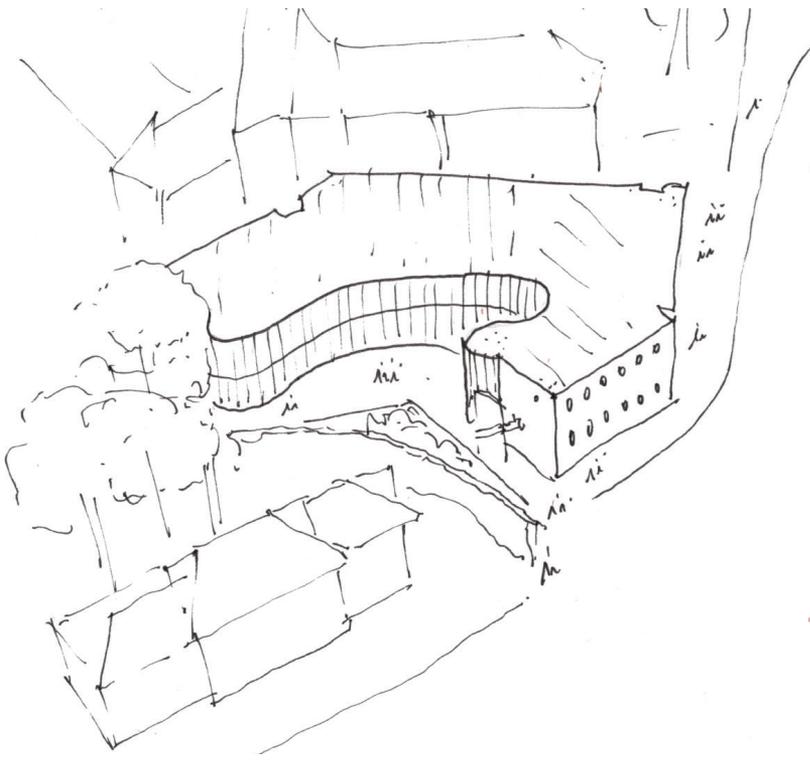
---

La résidence Roi Baudouin a été construite à la fin des années 1970 et comptait, jusque 2015, 171 lits. C'est cette année-là que le CPAS décide de rénover entièrement le bâtiment et d'y ajouter une aile spécifique de 30 lits pour personnes atteintes de troubles cognitifs. C'est le bureau d'architecture BAEV (qui est maintenant devenu le bureau Archipelago) qui fut sélectionné pour dessiner et suivre ce projet (Dessouroux, 2014).

La maison de repos se situe dans un quartier résidentiel de Woluwe-Saint-Pierre, datant lui aussi de la fin des années 1970. Elle se trouve à quelques pas de la forêt de Soignes et est entourée d'un grand espace vert public. L'extension pour personnes atteintes de démences tranche avec le bâtiment d'origine et vient se raccrocher au tissu urbain résidentiel, elle adopte le même gabarit que celui des maisons voisines. L'implantation de la nouvelle aile vise à conserver le grand parc existant et limiter l'impact sur le bâtiment d'origine.

Un espace extérieur, à l'intérieur de l'îlot, est enveloppé par des espaces de vie entièrement vitrés autour desquels sont organisées des chambres qui ont vue sur des rues peu fréquentées. L'intérieur est ouvert et vitré, l'extérieur est massif et ouvert ponctuellement. Des espaces circulaires, où se situent des salles de bains médicales et des petits salons, constituent des endroits particuliers.

L'accès aux CANTOU se fait en passant par la MRS-MRPA, la passerelle amène au premier étage de l'extension qui est le rez-de-chaussée de la partie la plus ancienne. Le dénivelé important cause un enfouissement d'une partie du rez-de-chaussée de l'unité spécifique.



## *L'espace de vie : un ensemble de différentes ambiances*

L'organisation du CANTOU est entièrement tournée autour de l'espace de vie. Toutes les chambres donnent directement dessus, aucun espace dédié uniquement à circuler d'un espace à l'autre n'existe, c'est l'espace de vie qui remplit ce rôle. Toutes les chambres ont le même statut, aucune n'est à l'écart des autres et les accès sont similaires pour chacune d'entre elles.

La forme en plan, en plus de définir un espace extérieur comme nous allons le voir, permet de définir plusieurs sous-espaces aux qualités et ambiances différentes. Nous pouvons considérer que l'espace de vie se divise en quatre sous-espaces avec des fonctions différentes mais qui se prolongent les uns dans les autres. Le plus au nord, face à la passerelle, un espace d'accueil dédié au personnel, au centre un espace de repas et activités avec une cuisine ouverte, à l'endroit où l'espace de vie se plie, un grand espace de salon, et à l'extrémité, dans l'espace le plus courbé, un petit salon sous un puits de lumière au premier étage.

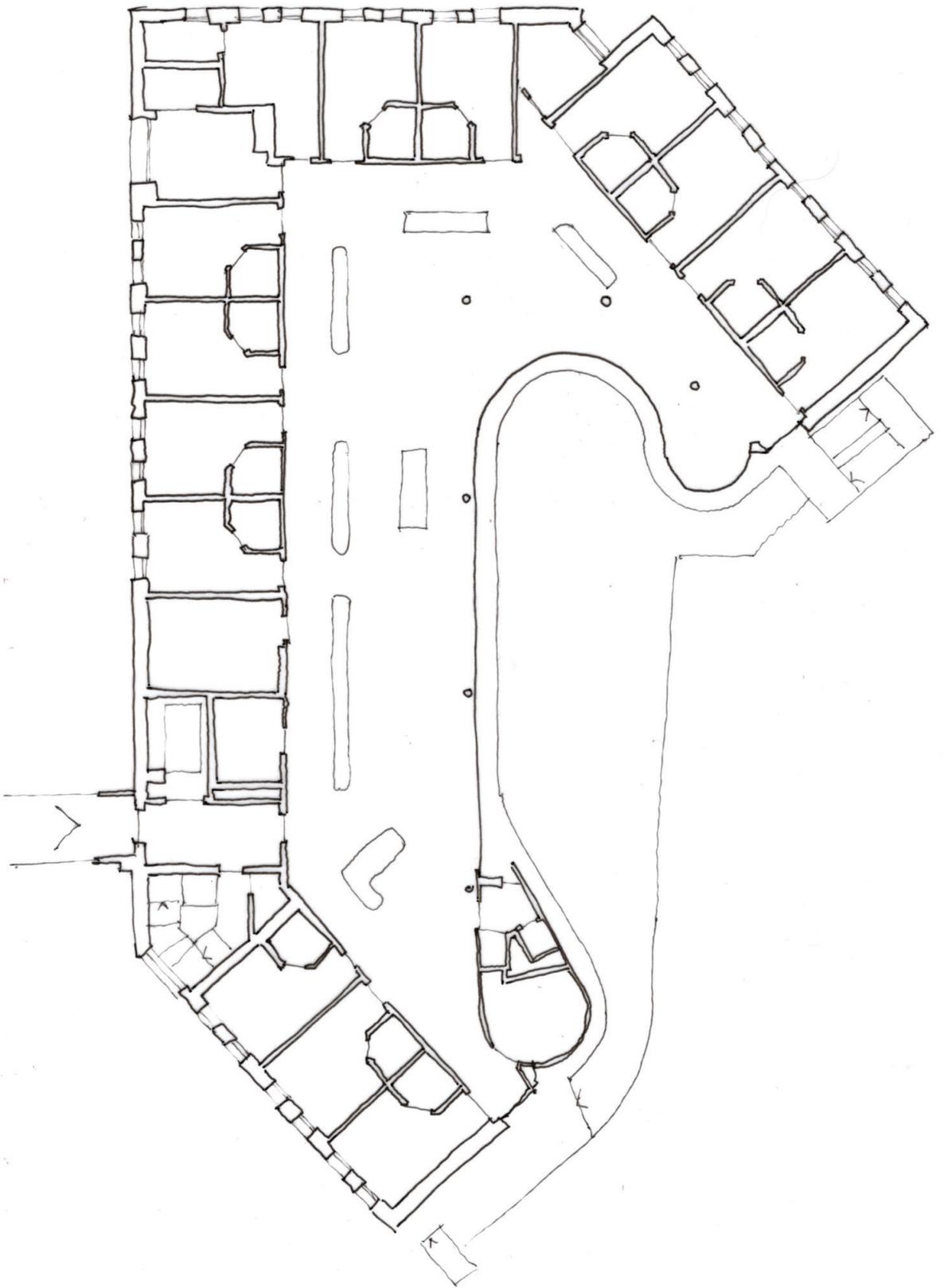
La forme du plan peut paraître complexe, le mur rideau courbé permet une richesse de différents espaces tout en créant une continuité assez évidente. L'espace est facilement appréhendable, il n'est complexifié que par la présence de mobilier. L'espace de cuisine où se déroule les activités est le cœur de cet espace de vie, c'est l'endroit le plus animé, il s'ouvre sur tous les autres sous espaces.

Fig. 61  
Axonométrie de la résidence  
© X. De Lanève

↑

Fig. 62  
Plan de la résidence  
© X. De Lanève

→



Le sous-espace courbe est plus refermé sur lui-même pour permettre aux résidents de s'isoler. Ici, la forme du plan permet différents niveaux de stimulation malgré la continuité des espaces et la non présence de croisement. La proposition permet de concilier le besoin de fermeture et une lecture simple de l'espace nécessaire énoncée plus tôt (Büter et Marquardt, 2021). Entre-deux, le salon permet au résident d'être en contact avec la vie de la communauté sans pour autant y participer activement. On observe une gradation de la stimulation et du niveau de calme. On passe de l'espace d'entrée qui donne sur l'espace le plus animé, la cuisine, puis sur un salon d'entre-deux pour finir sur l'endroit le plus calme et baigné de lumière.

Des sanitaires sont visibles depuis l'espace de cuisine mais l'accès est situé derrière l'accueil de l'unité. L'accès est donc libre mais un contrôle tacite par le personnel est possible.

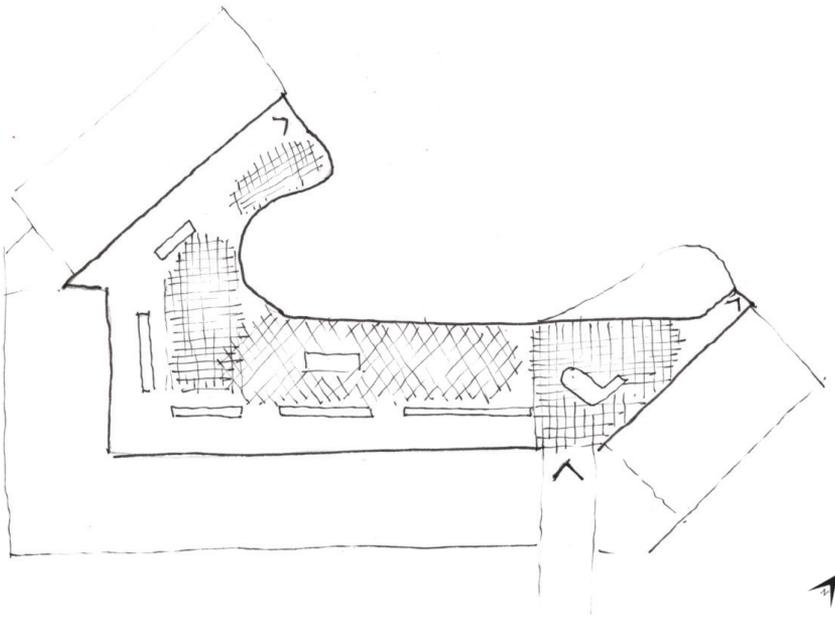


Fig. 63 ←  
Schéma des différents sous-espaces de l'espace de vie  
© X. De Lanève

Fig. 64 ←  
Vue de la cuisine de l'espace de vie  
© X. De Lanève



Fig. 65 →  
 Vue de l'espace de repas  
 ©Archipelago  
 Fig. 66 →  
 Vue de l'espace de salon et du mur  
 rideau  
 ©Archipelago  
 Fig. 67 →  
 Vue de l'espace de cuisine  
 © X. De Lanève

Un point négatif existe cependant ; l'espace menant à la salle de bains médicale est sans issue et bien plus sombre que le reste de l'unité. Il ne mène qu'à une porte fermée qui donne accès à un escalier de service. Cette porte, noir sur fond blanc, est située dans la continuité de la circulation de l'espace de vie alors qu'elle n'est pas destinée à être utilisée. Le personnel de soins précise retrouver souvent certains résidents « comme perdus » devant cette porte, ce qui n'arrive pas à l'autre extrémité de l'espace de vie.

Les parements intérieurs se situent entre des choix pratiques se rapprochant du milieu hospitalier et des choix empruntés à l'architecture résidentielle. On retrouve ainsi une dalle béton au sol mais recouverte d'une peinture protectrice, des murs plafonnés blancs sans lambris à l'aspect très résidentiel mais abîmés par les passages des chaises roulantes, un plafond acoustique perforé uniforme mais perturbé par la VMC, et des climatiseurs. L'ensemble de choix de matérialité et de technique est un compromis.

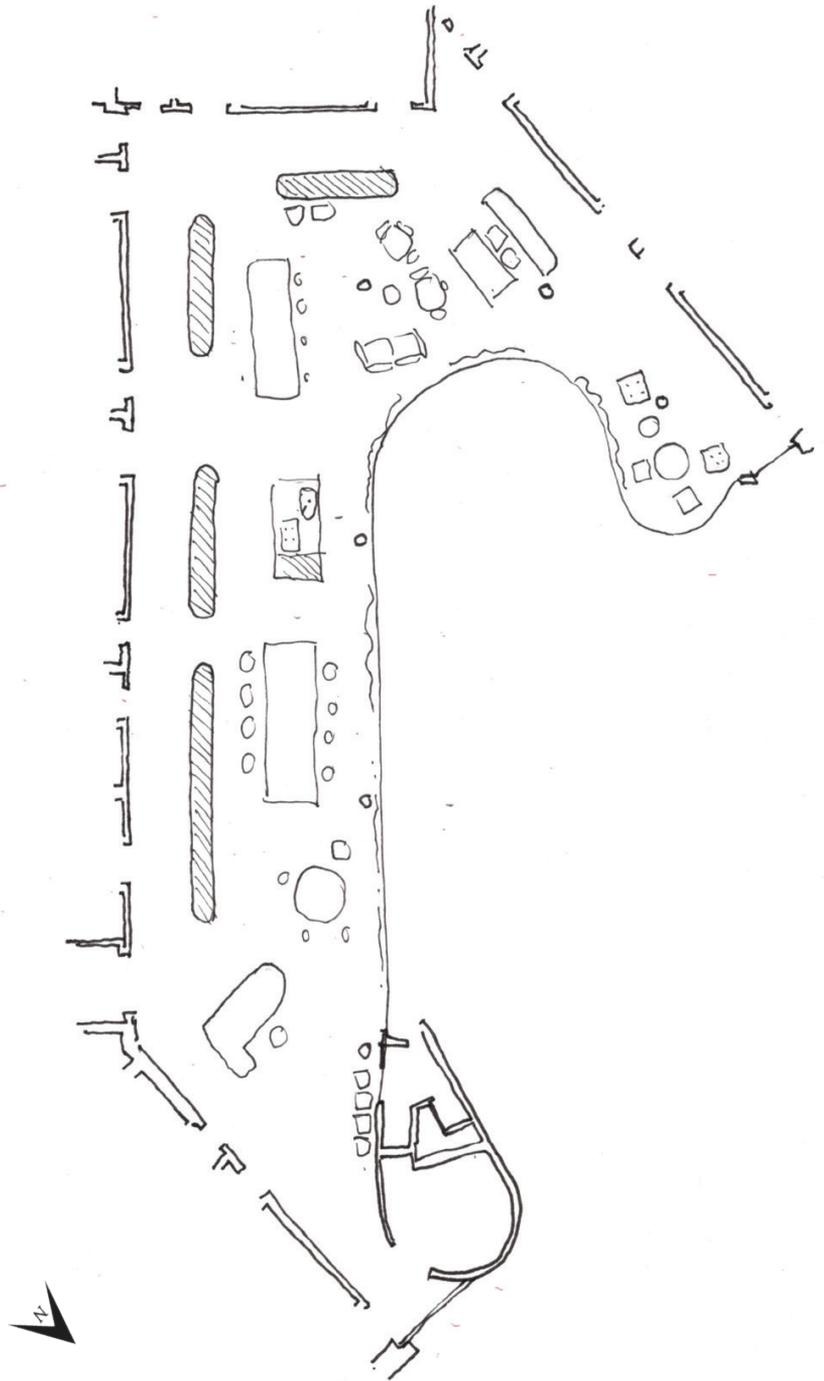
L'architecture de l'espace de vie correspond, dans son principe, à un modèle d'habitation contemporain : des espaces qui s'ouvrent les uns sur les autres, où les fonctions ne sont pas cantonnées à un espace, mais peuvent se mélanger pour multiplier les différents usages. C'est un grand séjour où se retrouvent l'ensemble des résidents, où il existe des possibilités d'isolement sans pour autant s'exclure.



Fig. 68 ←  
Vue de l'espace intime dans la  
partie courbe  
© X. De Lanève

Fig. 69 →  
Schéma de l'espace de vie et du  
mobiliier  
© X. De Lanève

Le mobilier fixe occupe une place centrale dans l'organisation de l'espace de vie. Il définit des zones de circulation, l'espace de cuisine et les différents espaces de salon. L'ensemble du mobilier est en bois et sur mesure, il est positionné parallèlement aux murs des chambres donnant sur l'espace de vie pour définir des zones de circulation et permettre ainsi aux résidents de déambuler sans devoir slalomer entre le mobilier amovible. Il permet aussi de mettre en place un seuil aux chambres qui ne sont dès lors pas directement en contact avec l'espace de vie.



Les meubles font 220 cm de hauteur mais sont rabaissés à 100 cm à certains endroits pour permettre une meilleure lecture de l'espace et un contrôle plus aisé par le personnel. Ils sont dessinés sans coins pour éviter que les résidents ne se blessent et pour faciliter la circulation. Les résidents ont cependant plus tendance à frôler ces meubles et les nombreux passages de chaises roulantes les abîment. Ils n'ont que sept ans et la direction pense déjà à les remplacer.

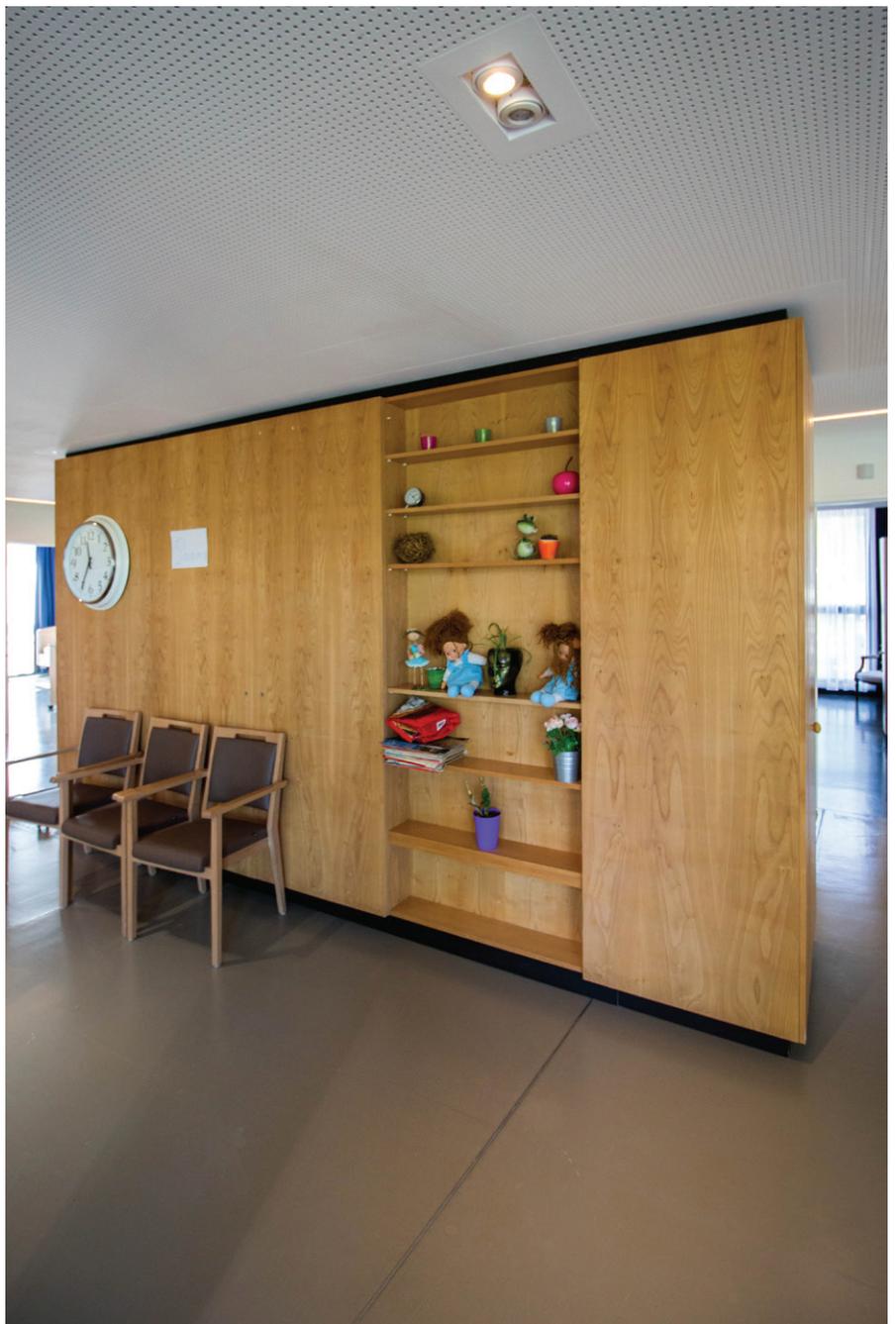
Une autre raison pour laquelle les meubles pourraient être changés est leur accessibilité par les résidents. Quatre des cinq meubles sont destinés au personnel et sont verrouillés mais les poignées sont saillantes et bien visibles. Les résidents tentent donc d'ouvrir les portes, sans y arriver, et s'énervent jusqu'à parfois arracher la poignée. Dans ce cas-ci, des poignées invisibles ou un système de portes à pousser (push/pull) seraient plus pertinents.



Fig. 70 ←  
Mobiliers sur mesure, certaines poignées ont été arrachées par les résidents  
© X. De Lanève

Fig. 71 & 72 ←  
Espace de circulation délimité par le mobilier  
© X. De Lanève

Fig. 73 →  
Unique meuble appropriable  
© X. De Lanève



Un seul des meubles est accessible aux résidents. Il comporte une niche dans laquelle ils peuvent déposer des objets, décorer, prendre et poser des magazines personnels. Ce petit meuble est le seul qui permet aux résidents de s'approprier l'espace, le reste est stérile et ne permet aucune marge d'adaptation aux résidents.

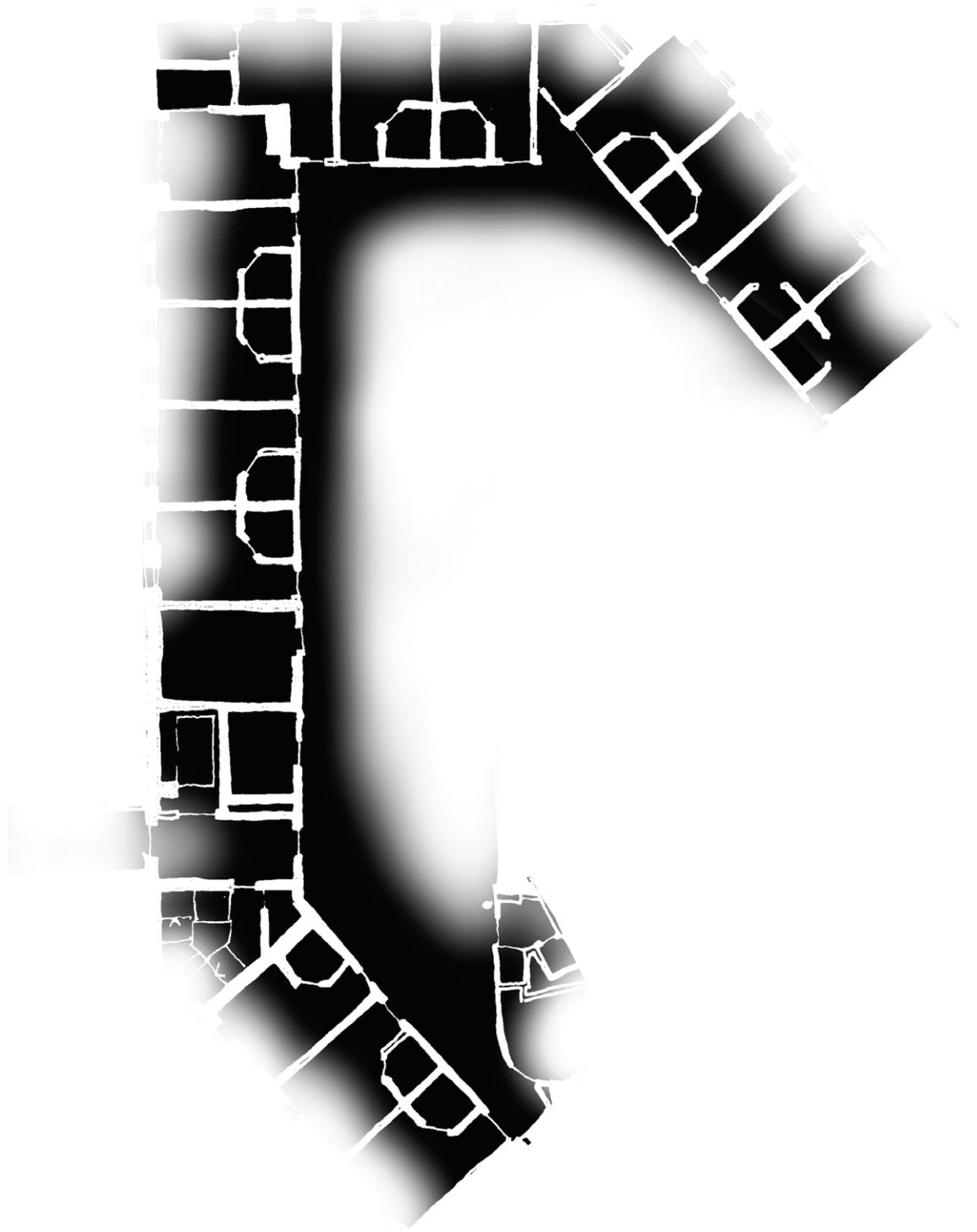
Un meuble de cuisine vient bousculer l'organisation de l'ensemble et vient se placer au centre de l'espace de vie. Il est accessible depuis tous les côtés et contient une machine à café et un réfrigérateur destiné aux résidents.

Une grande partie de l'apport en lumière de l'espace de vie se fait par le mur rideau intérieur, quelques luminaires encastrés sont là si l'apport naturel n'est pas suffisant. Un luminaire filaire vient souligner la zone de circulation définie par les meubles, c'est le seul qui reste allumé la nuit. Il permet au résident sortant de sa chambre pendant la nuit d'être redirigé vers l'accueil de l'unité où un membre du personnel se trouve constamment. Mais ce luminaire crée aussi des perspectives, notamment vers la sortie dont nous parlions plus tôt.



Fig. 74 ←  
Perspective vers la porte de secours  
© X. De Lanève

Fig. 75 →  
Schéma d'éclairage naturel de  
l'unité  
© X. De Lanève



Toute l'architecture semble indiquer que cette porte fait partie d'un cheminement naturel et qu'elle est accessible alors qu'elle ne sert que de sortie de secours. La visibilité des issues de secours est normée et ne fait que peu de différences entre les fonctions des établissements. Dans ce cas-ci, on peut se demander si la norme est adaptée à ce type d'établissements. Il est difficile d'imaginer le comportement des résidents dans la situation où une évacuation est nécessaire et, dans ce cas-là, la visibilité importante de cette porte sera sûrement nécessaire. Dès lors, n'est-ce pas son positionnement ou sa mise en valeur par la spatialité qui devrait être questionné ?

Au niveau des chambres, c'est le traitement de baies qui impacte le plus la luminosité. Les architectes ont décidé, pour donner un aspect massif au bâtiment depuis la rue, de positionner les châssis à 40 cm en retrait du plan de la façade (Dessouroux, 2014). Ce choix fait partie, avec le traitement des joints du parement en briques, d'une poésie du vieillissement et d'une réflexion sur la transformation physique que cela implique. Mais à l'intérieur des chambres, cela renforce une sensation d'espace sombre et renfermé sur lui-même. Ce n'est pourtant qu'une illusion car l'apport lumineux est le même, c'est uniquement la profondeur de baie et la diminution de la quantité de lumière sur le vitrage qui donnent cette sensation aux utilisateurs. La présence d'un minimum de deux fenêtres par chambre permet un éclairage en journée sans utiliser de source artificielle.

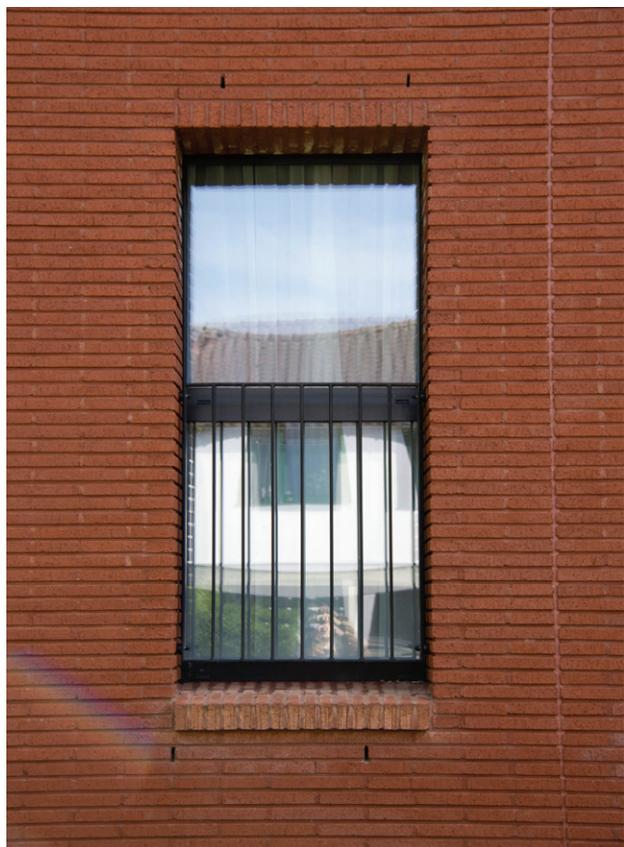




Fig. 76 & 77 ←  
Profondeur importante des baies  
des chambres  
© X. De Lanève

Fig. 78 ↑  
Travail sur les joints du parement  
extérieur  
© X. De Lanève

Chacune des unités compte 15 chambres individuelles dont 13 ont exactement le même plan ; les deux chambres formant l'angle du bâtiment demandent des adaptations. Les salles de bains de ces deux chambres sont moins adaptées aux PMR que le module générique mais l'adaptation permet cependant d'y placer une fenêtre et de maximiser ainsi un apport de lumière.

Dans les salles de bains, la zone de toilette est mise en valeur par un carrelage mural de couleur changeante d'une chambre à l'autre. L'ensemble de la salle de bains est carrelé pour permettre un nettoyage plus aisé, le sol en gris anthracite et les murs en blanc, l'ensemble du mobilier de bain est donc facilement identifiable pour des résidents avec des troubles visuo-spatiaux.

Pour ce qui est de la chambre, il y a une réelle transition depuis l'espace commun, le plafond redescend pour marquer une zone d'entrée, la matérialité du sol passe du béton au linoléum. L'appropriation de la chambre est limitée, les murs doivent rester blancs et le mobilier présent ne peut pas être changé. Il est cependant autorisé d'accrocher des cadres. Chaque chambre est équipée d'un lit médical et d'une garde-robe. Cette dernière a le même langage que les meubles de l'espace de vie qui sont inaccessibles aux résidents. Ce langage uniforme du mobilier peut créer un état de confusion pour des personnes atteintes de désorientation. Elles peuvent ne pas comprendre pourquoi le même meuble est accessible à certains moments et pas à d'autres. Le reste du mobilier peut être apporté par le résident.



Fig. 79  
Mobilier des chambres  
© X. De Lanève

Fig. 80  
Contraste entre le sanitaire et les  
parements  
© X. De Lanève



Chaque chambre possède, comme énoncé, deux fenêtres. Elles ont toutes deux des hauteurs d'allèges différentes qui permettent des relations différentes à l'extérieur. Les fenêtres allant jusqu'au sol permettent de voir l'espace public depuis la quasi entièreté de la chambre et surtout depuis le lit. Grâce à cette disposition, en plus de rythmer la façade, le résident a le choix de voir vers l'extérieur ou non, la vue n'est pas cantonnée à une seule vue depuis une seule fenêtre, les possibilités sont multipliées.

La porte d'entrée de la chambre est légèrement en retrait par rapport au mur intérieur, ce renforcement se prolonge pour former un parvis à la chambre. Une photo du résident y est apposée, visible même quand la porte est ouverte, ainsi qu'une photographie choisie par le résident. La solution de la photographie permet ici d'avoir un repère compréhensible et qui a un sens pour le résident qui lui fait comprendre que l'espace derrière lui appartient.

L'entrée de l'unité se fait via un sas avec code. La position du bureau d'accueil de l'unité est révélatrice de la considération des résidents. Il est placé de telle sorte qu'il permet un contrôle des résidents essayant de partir, mais tourné vers la porte comme pour accueillir des visiteurs. Le personnel parle d'ailleurs d'espace d'accueil et non de contrôle alors que la fonction de ce bureau est bien de contrôler la sortie des résidents. Le simple détail du positionnement du bureau change totalement le statut de l'espace de sortie qui devient le lieu d'accueil.

Le risque de chutes est géré par des mains courantes en bois et des gardes corps métalliques à montants verticaux. Les seuls éléments au sol pouvant éventuellement provoquer une confusion et un risque de chutes sont les joints du béton au sol. Ils sont peu visibles en journée mais deviennent plus marqués le soir sous la lumière artificielle ; ils ne traversent cependant jamais les espaces de circulation.

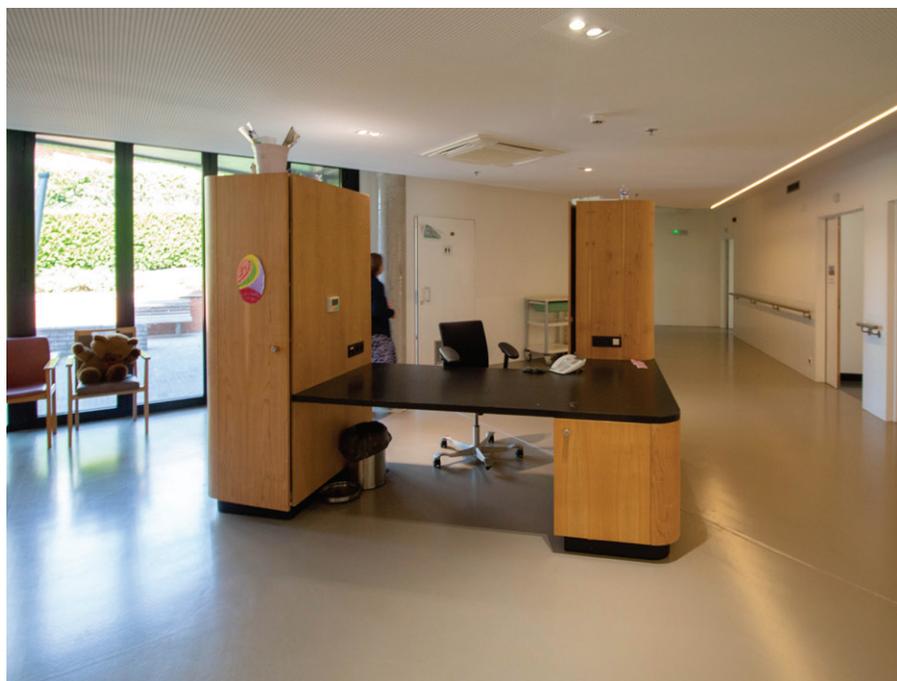


Fig. 81 ←  
Bureau du personnel servant  
d'accueil

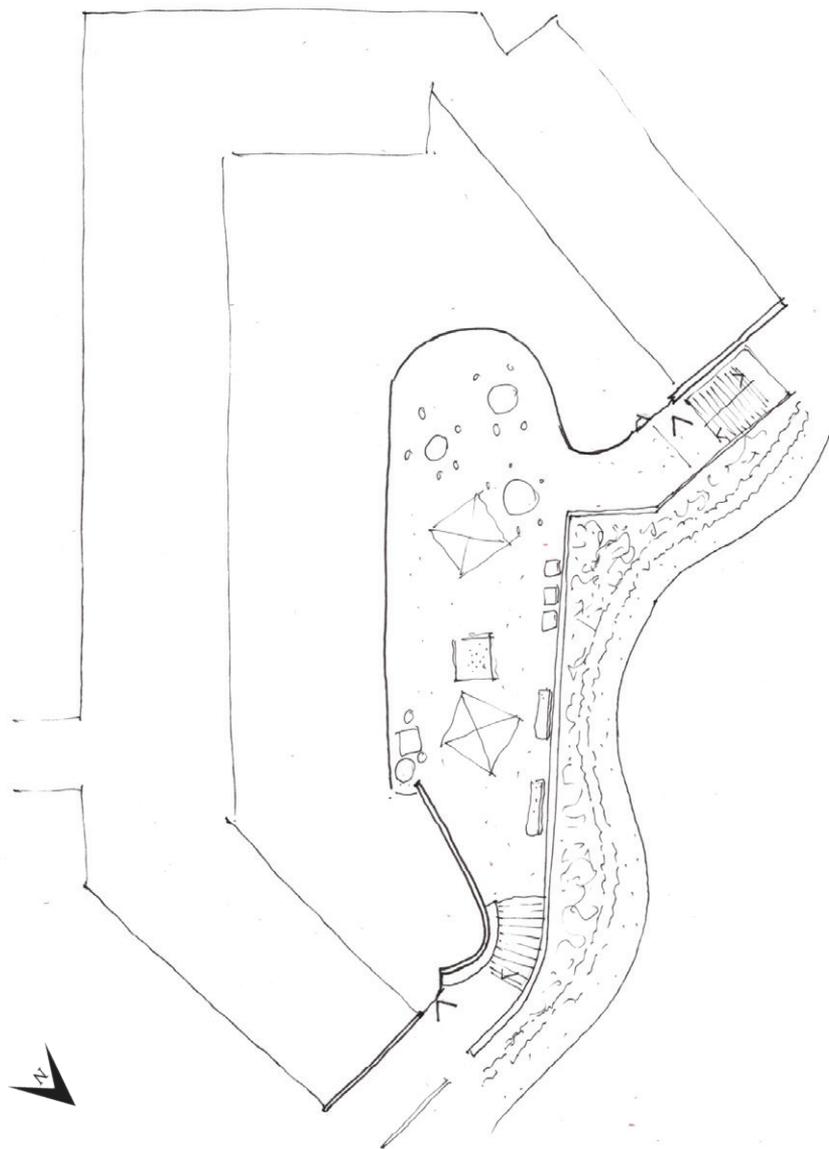
© X. De Lanève

Fig. 82 →  
Schéma de l'espace extérieur

© X. De Lanève

L'ensemble de deux unités profite d'un jardin thérapeutique accessible uniquement par les résidents de l'unité spécifique. Le jardin est fermé mais sans barrière ou grillage, c'est l'architecture et la topographie du terrain qui l'enclosent. L'accès au jardin se fait directement par les nombreuses portes présentes sur la façade au rez-de-chaussée, et via un escalier extérieur pour l'unité à l'étage. L'étage a accès à une terrasse étroite qui longe la façade vitrée.

Par sa situation, entourée par l'architecture et au milieu d'un quartier résidentiel, le jardin est très calme, seul un chemin public piéton le longe. Le jardin s'insère dans la structure des jardins résidentiels et les résidents peuvent tout à fait avoir une relation de voisinage avec les habitants du quartier. Lors de la visite d'étude, certains résidents avaient une discussion par-dessus quelques buissons avec le voisin direct de la maison de repos.



Le jardin est accessible à tout moment par les résidents du rez-de-chaussée sans accompagnement et sans devoir y demander l'accès, il en est de même pour la terrasse pour les résidents du premier étage. Ceux-ci doivent cependant être accompagnés d'un membre du personnel pour profiter du jardin thérapeutique, ce pour des questions de sécurité.

Le jardin permet à l'ensemble des résidents de s'asseoir en même temps, la grande perméabilité de la façade permet d'organiser facilement des activités à l'extérieur sans devoir mettre en place énormément d'énergie. Du mobilier extérieur facilement déplaçable est mis à disposition des résidents pour pouvoir s'approprier l'espace.



Fig. 83 ←  
Façade de l'unité depuis l'espace public  
© X. De Lanève

Fig. 84 & 85 ←  
Vues de l'espace extérieur  
© X. De Lanève

Fig. 86 →  
Parc attenant à la résidence  
© X. De Lanève

L'espace extérieur est assez uniforme, aucun espace semi-couvert n'existe, mais l'ouverture de la façade permet de transformer l'espace de repas en espace semi extérieur. La différence de hauteur entre l'intérieur et l'extérieur est réduite au minimum pour permettre une continuité d'usage entre les deux.

Les résidents peuvent, sur demande et accompagnés, profiter du grand parc public se situant juste à côté de la MRS-MRPA. Cet espace a été adapté par la commune sur demande de la direction de la maison de repos pour que des personnes avec des difficultés à se déplacer puissent l'utiliser. Des nombreux bancs y sont donc présents et répartis de façon uniforme dans le parc pour permettre aux usagers de faire des pauses fréquentes.

La commune a aussi mis en place un espace de plaine de jeux pour seniors. La direction de l'établissement est assez sceptique sur l'utilité de ce dispositif, elle argumente que l'infantilisation des personnes âgées, et encore plus celles avec des pathologies lourdes, n'a que des effets négatifs sur leur comportement. De plus, les familles ont exprimé des sentiments de perte de dignité et d'estime de soi de la part de leurs proches résidant dans la maison de repos. Le personnel de l'unité spécifique n'utilise plus ce dispositif après des expériences non concluantes et préfère se limiter à des balades dans le parc.

Des activités dans la forêt de Soignes voisine sont parfois organisées pour les résidents de l'unité spécifique encore aptes à y participer. Cet environnement donne aux résidents la possibilité d'explorer bien d'autres atmosphères et sensations inexistantes dans l'unité. Comme décrit plutôt, cela leur permet aussi de rester en contact avec des considérations moins profondes mais qui améliorent considérablement le bien-être : le chant des oiseaux, l'odeur de plantes, le bruit de la forêt (A. Pollock, 2014 ; Ludden & al., 2019).



## Les espaces du personnel et des familles

---

L'ensemble des espaces servants et dédiés au personnel est placé dans le contour du bâtiment contenant les chambres. Le personnel a accès à une cuisine privée, depuis la cuisine des résidents, et à un espace de bureau pour deux personnes pour traiter des dossiers administratifs. Ces deux espaces sont accessibles via des portes dans le plan du mur et de la même couleur que celui-ci, les poignées sont camouflées, le tout pour éviter d'attirer l'attention des résidents sur des espaces qui ne leur sont pas destinés.

Dans l'unité, aucun espace n'est prévu pour l'accueil des familles. La plupart des personnes visitant un proche vont avec lui dans la cafétéria de la MRS-MRPA qui se situe dans le bâtiment principal. La situation ici est la même que pour la résidence Saint-Joseph de Verviers. Le résident ne pouvant pas accéder à la cafétéria en temps normal, il n'a pas la possibilité d'inviter sa famille ; ce sont ses proches qui lui permettent de profiter de cet espace.

Fig. 87 ↓  
Espace de cafétéria de la résidence  
© X. De Lanève

Fig. 88 →  
Façade de l'unité depuis l'espace  
l'extérieur  
© X. De Lanève



Le positionnement des unités l'une au-dessus de l'autre limite fortement les relations entre elles. Dans les faits, les deux unités n'organisent aucune activité commune et ne partagent presque rien. Elles sont isolées phonétiquement l'une de l'autre, aucun accès direct n'existe entre elles et le personnel est constant pour chacune des unités.

La relation différente de chacune des unités à l'espace extérieur porte à réflexion. Le personnel de soins observe une sortie des résidents de l'étage inférieur plus fréquente quand des résidents de l'étage supérieur sont dans le jardin. L'inverse ne se produit pas parce que les résidents du premier étage ont une moins bonne visibilité sur l'espace extérieur. Les résidents de l'étage inférieur y passent donc beaucoup plus de temps. Quand on sait que les résidents passant plus de temps à l'extérieur présentent moins de troubles du comportement (Day, Carreon & Stump, 2000 ; Chaudhury & al., 2016), on peut dire que l'unité dans laquelle se trouve un résident peu influencer sur son bien-être. A cause de l'architecture et des contraintes qui l'accompagnent, les situations des résidents ne sont pas équitables, ouvrant ainsi un débat éthique et rejetant la responsabilité sur la direction qui choisit dans quelle unité un nouveau résident sera logé.



## Une échelle et un fonctionnement domestique

---

Le modèle de projet arrive à concilier l'établissement de soins et l'échelle domestique, c'est une maison de repos qui fonctionne comme une habitation mais qui ne s'exprime pas comme telle. L'unité est conçue dans son architecture comme une partie de la maison de repos qui dialogue avec le contexte domestique et non une architecture résidentielle profitant des services de la maison de repos.

La normalisation passe essentiellement par des schémas directeurs et des typologies d'espace et assez peu par la matérialité et les ambiances. Les éléments hospitaliers se limitent au minimum nécessaire.

Fig. 89 ↓  
Rapport de l'unité au bâti  
résidentiel

© X. De Lanève

Fig. 90 →  
Façade intérieur de l'unité, espace  
courbé

© X. De Lanève





VILLA DE LA HUIS  
PERREKES À OOSTERLO  
*NU architectuuratelier*



La Villa de la Huis Perrekes est un établissement spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de démences mais qui propose d'autres services. La villa peut accueillir 15 résidents permanents et cinq à six résidents en plus en accueil de jour.

## *Historique, implantation et projet de vie*

---

La Huis Perrekes est un projet d'accueil pour personnes atteintes de démences créé en 1986, Elle est constituée aujourd'hui d'un ensemble de trois résidences réparties dans le village de Oosterlo et d'autres infrastructures liées à la démence. L'organisation met aussi en place des accueils de jour, du suivi à domicile et tente d'inclure au maximum les personnes atteintes de démences dans la vie du village (Lievens, Dendooven & Bemelmans, 2019).

La vision que porte la Huis Perrekes est que l'environnement doit être un support pour la maladie pour qu'elle ne soit plus au centre de la vie des résidents (Van den Bergh, 2018). L'environnement (social et architectural) de la Huis Perrekes accueille le résident avec tout son passé et ses capacités et tente d'y correspondre au mieux sans se concentrer sur les déficiences de celui-ci. La Huis Perrekes dit avoir réinventé le modèle de l'accueil de personnes atteintes de démences, plus humain et sur mesure (Huis Perrekes, s.d.). Son nom n'est pas anodin, l'encadrement se veut le plus normal possible et la proposition d'une nouvelle maison (Huis) pour les résidents (Lievens, Dendooven & Bemelmans, 2019).

Fig. 91 ←  
Implantation de la Villa de la Huis  
Perrekes  
Image de base © Google Earth  
Représentation © X. De Lanève

Fig. 92 →  
Vue de la Villa depuis le centre du  
village d'Oosterlo  
© X. De Lanève



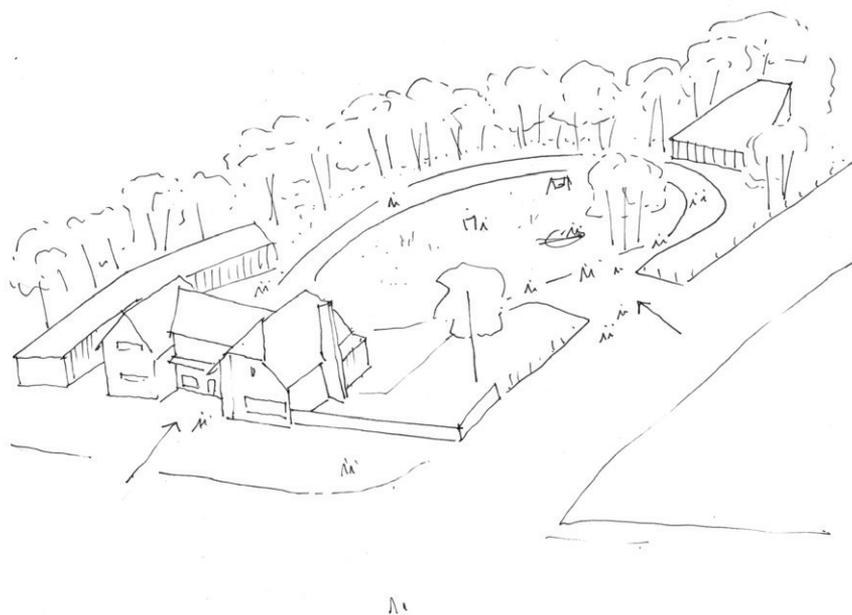
L'étude proposée ici se limite à ce que le personnel appelle La villa, une ancienne maison de médecin reconvertie et agrandie pour devenir un établissement spécialisé qui peut accueillir jusqu'à 15 personnes atteintes de démences. Le projet architectural a été mené par le bureau NU architecturatelier et terminé en 2018.

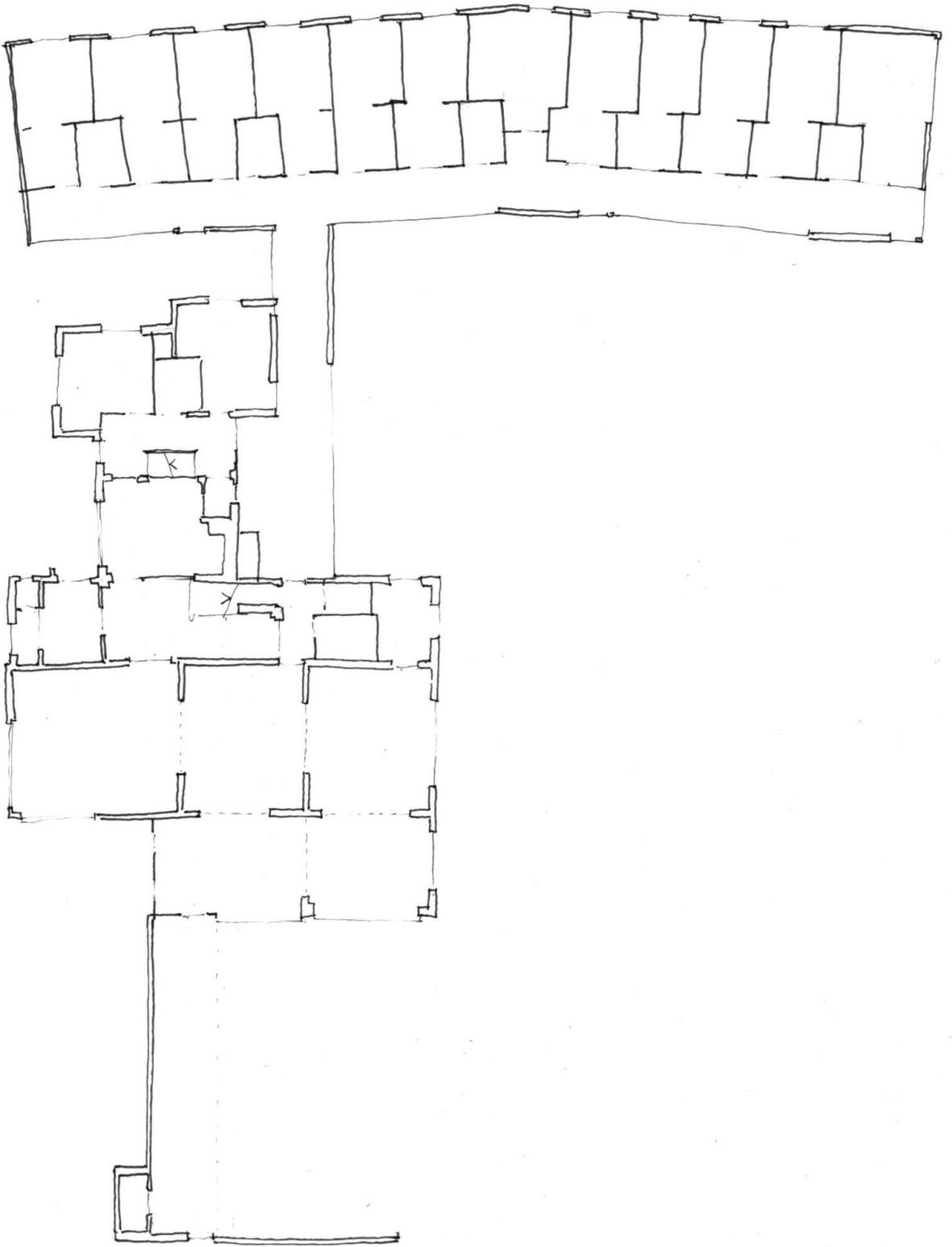
La villa se trouve au centre du village d'Oosterlo, en face de la place, à proximité de l'ensemble des services. Elle s'inscrit dans un tissu urbanistique pavillonnaire, et est accolée au seul espace de parc du village, qui sert aussi de jardin pour les résidents de la maison. Ce point précis sera développé plus tard.

L'ancienne villa se développe sur deux étages. Le rez-de-chaussée comprend les espaces de vie, une salle de physiothérapie, des bureaux administratifs et un cabinet médical. A l'étage se trouvent deux appartements pour couples et un logement pour artiste ou chercheur. L'extension de plein pied comprend dix chambres individuelles, les espaces de salles de bains et une salle de musique. A l'extrémité du parc, un espace polyvalent indépendant émerge des arbres.

Fig. 93 ↓  
Axonométrie de la Villa et de  
l'espace extérieur attenant  
© X. De Lanève

Fig. 94 →  
Plan de la Villa  
© X. De Lanève





L'espace de vie est divisé en quatre sous-espaces ouverts les uns sur les autres mais qui auparavant étaient des pièces fermées. Chaque espace présente des qualités différentes, chacun a son ambiance et son mobilier, ils proposent tous une relation différente à l'extérieur. Nous allons rapidement les parcourir pour comprendre leurs particularités et les différentes ambiances qui y sont proposées.

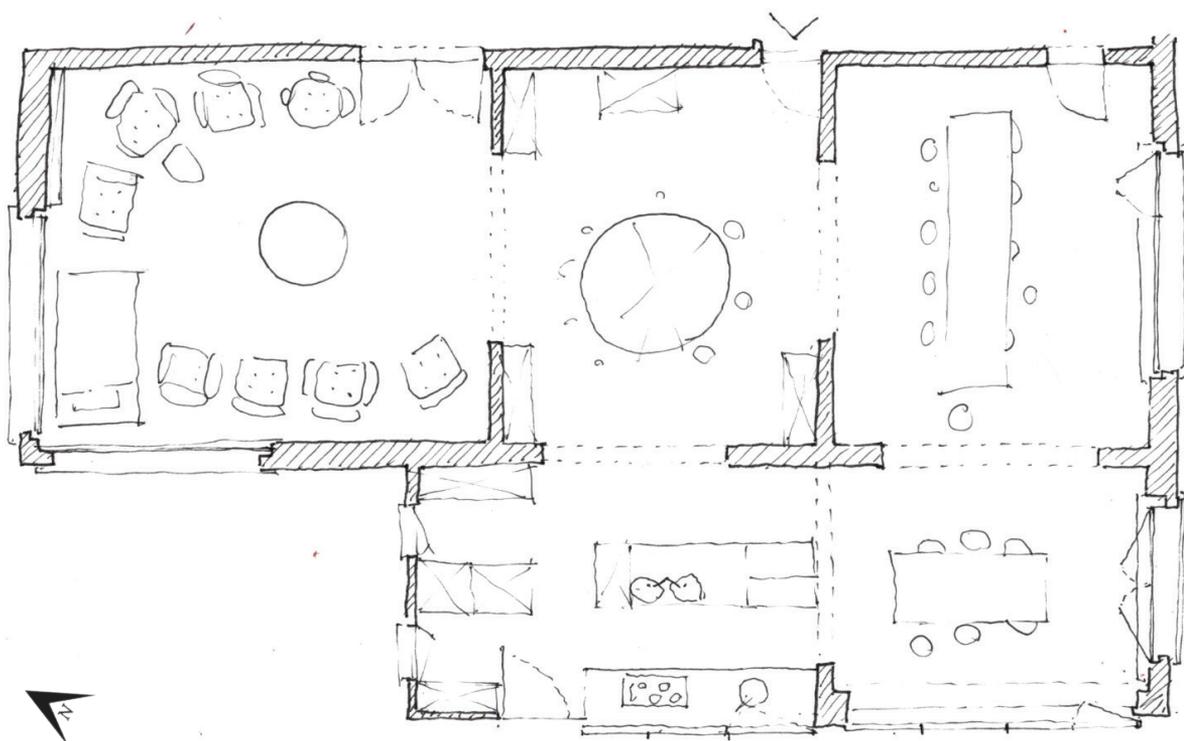
Le premier espace est celui par lequel on accède à l'espace de vie, les visiteurs venant de l'extérieur et les résidents venant de leur chambre utilisent le même accès. Cet espace est l'ancienne salle à manger de la maison de médecin. L'entière des boiseries a été conservée tout comme le plafond à moulures et le parquet mosaïque. Rien n'indique que cet espace accueille des personnes atteintes de démences, seul le mobilier a été choisi pour correspondre au mieux aux difficultés des résidents. C'est en regardant de plus près les différentes décorations et cadres photos que l'on comprend que cet espace est habité par une multitude d'individus.

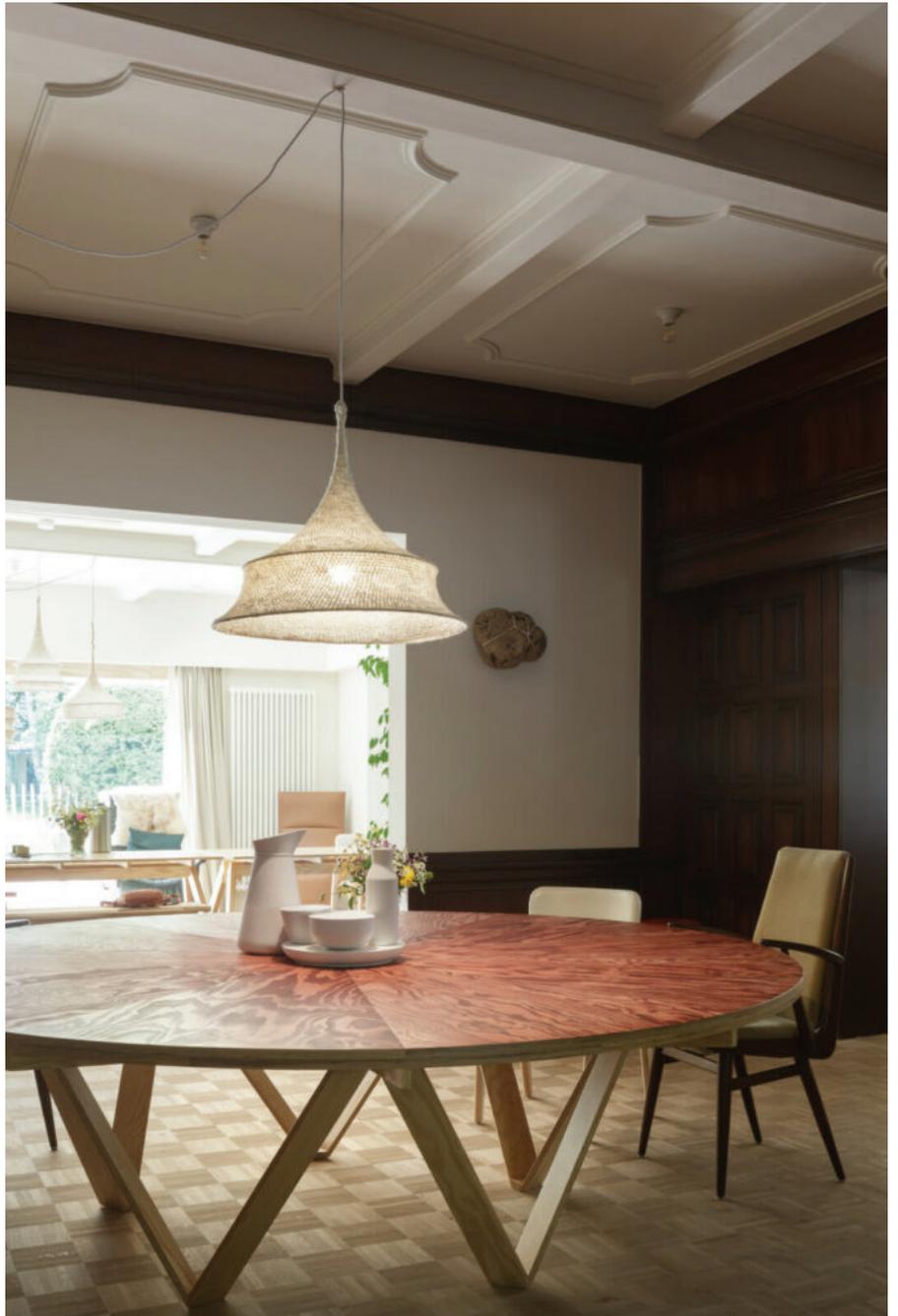
Toute l'organisation de cet espace se fait par une grande table centrale ronde et sur mesure. Elle permet, en plus d'organiser des activités pour les résidents, de créer une centralité dans cet ensemble de cinq espaces. Elle redirige les résidents vers les différents espaces et les accueille tous les matins. La normalisation dans cet espace est explorée au maximum, celui-ci étant complètement résidentiel et caractéristique d'une architecture du milieu du 20<sup>e</sup> siècle. L'ensemble du mobilier est accessible aux résidents et contient toute une série d'objets pour les stimuler.

Fig. 95 ↓  
Schéma In Situ de l'espace de vie  
© X. De Lanève

Fig. 96 →  
Pièce centrale de l'espace de vie  
© Michiel De Cleene

Fig. 97 →  
Pièce centrale de l'espace de vie  
© Stijn Bollaert





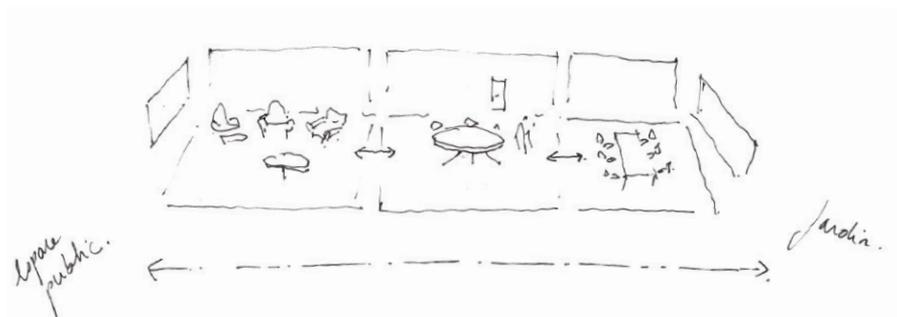
Le second espace est celui donnant sur la rue principale du village, il peut être considéré comme le salon de la villa. Chaque résident y a son fauteuil qu'il a choisi ou apporté de son ancien domicile. L'ensemble crée un cercle de fauteuils dépareillés évoquant directement les individualités des résidents. L'espace n'est pas normé, chaque résident y a apporté sa touche. Dans un des coins de l'espace, le plus lumineux, un lit a été apporté pour permettre aux résidents malades ou en fin de vie de pouvoir continuer de profiter de la vie en communauté.

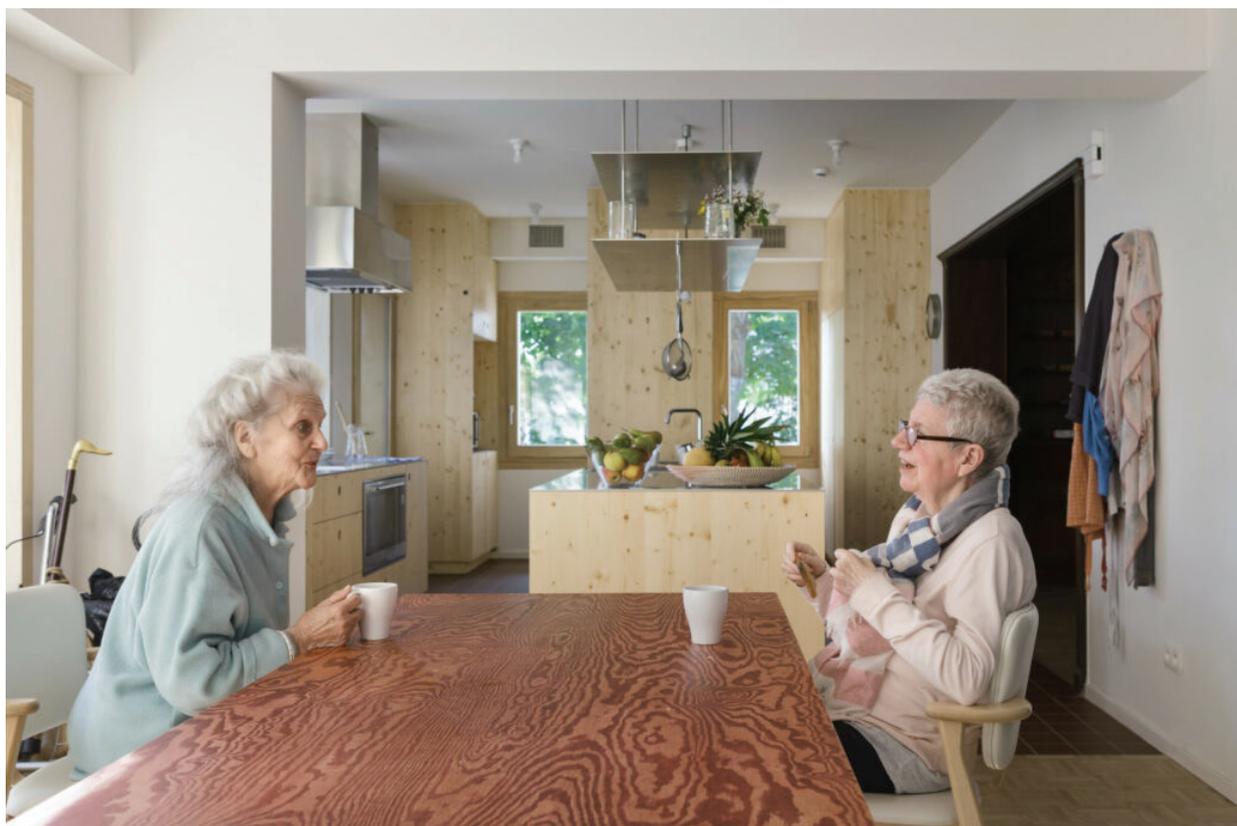
L'ensemble des parements de cet espace a été refait, seul le parquet mosaïque a été conservé. Un lambris en bois rappelant les boiseries de l'espace central a été mis en place pour éviter les traces d'usure sur les murs plafonnés blancs.

L'éclairage se fait essentiellement par deux baies ouvertes pendant la reconversion. Elles permettent aussi aux résidents de pouvoir avoir une vue quasi panoramique sur l'espace public. Le reste de l'éclairage est géré par trois lustres centraux, leur position centrale dans l'espace renforce le sentiment communautaire de celui-ci. L'espace est centré sur lui-même, les résidents se font face, aucune indication n'est donnée, les résidents regardent où ils le souhaitent en choisissant leur place, aucune télévision ne régit l'organisation spatiale.

Le troisième espace est ce qui peut s'apparenter à la salle à manger. Une grande table pouvant réunir l'ensemble des résidents prend place au milieu. Ici le plafond et le sol sont conservés dans leur état d'origine, le reste est enduit de blanc. C'est l'espace le plus lumineux de la villa et celui avec la relation la plus privilégiée avec le jardin. L'accès s'y fait directement depuis la salle à manger via une porte massive (dans son impact dans l'espace) mais transparente qui invite les résidents à se rendre à l'extérieur. La porte est constamment ouverte.

Ensemble, ces trois espaces en enfilade peuvent correspondre au schéma d'une habitation traditionnelle de rangée où les différents pièces de vie se succèdent, de l'espace public jusqu'au jardin. Cet ensemble est assez facile à appréhender car la vision y est aisée en tout point. Il vient se complexifier avec le dernier espace.





Le dernier espace est celui de la cuisine avec un petit espace de repas qui y est accolé. Il propose une tout autre ambiance que les trois autres. Vitré sur la moitié de la superficie murale et orienté sud / sud-est, il est baigné de lumière et ne nécessite pas d'éclairage artificiel en journée. Il profite lui aussi d'un accès direct au jardin mais aussi un accès à un espace potager et une terrasse extérieure.

C'est le seul des quatre espaces possédant du mobilier fixe dessiné par les architectes. Ces derniers ont fait le choix de proposer une cuisine au langage contemporain pour créer une ambiance pouvant convenir à des résidents plus jeunes. Le bois très clair, dénotant avec les bois sombres des autres espaces, a été choisi pour conserver un maximum la luminosité et de bien différencier, par la matière, les différentes fonctions des espaces.

Fig. 98 ←  
Schéma de l'enfillement d'espaces  
© X. De Lanève

Fig. 99 ↑  
Vue de l'espace de cuisine  
©Stijn Bollaert

La finition du plan de travail est en aluminium brut pour une facilité de nettoyage et une durabilité dans le temps. Il crée cependant de nombreux reflets de lumière dans la pièce qui peuvent perturber les résidents et provoquer des modifications soudaines du comportement (McNair, 2014).

Le sol de la cuisine est en carrelage de céramique pour une facilité d'entretien mais aussi pour définir l'espace de préparation des repas par rapport à l'espace où s'attabler où le sol est fait du même parquet que dans les autres espaces.

L'ensemble formé par ces quatre sous-espaces est assez complexe, la multiplication des nombreux recoins et les séparations parfois importantes entre les espaces rendent la visibilité à travers le bâtiment compliquée. Cependant, cette complexité permet de proposer de multiples qualités et différentes ambiances malgré le peu de superficie. Les résidents ont la liberté de choisir le lieu qui leur convient le mieux et de changer à leur guise.

Fig. 100  
Vue de l'espace de cuisine  
©Stijn Bollaert



L'établissement compte deux types de chambre. Les chambres individuelles ajoutées lors de l'extension de 2018 et les chambres double au premier étage de la villa qui sont des reconversions.

Tout d'abord les chambres individuelles ; elles sont toutes similaires en superficie et profitent d'une vue orientée nord-est sur un espace boisé. L'apport de lumière naturelle n'est pas suffisant pour éclairer les chambres, un éclairage artificiel permet de pallier le manque de luminosité. Les architectes ont choisi d'orienter l'espace de circulation vers le parc et les chambres vers le terrain voisin. L'éclairage est ainsi maximisé dans l'espace de circulation et l'intimité des résidents est préservée au maximum.

Les chambres ne sont que très peu appropriables, les résidents peuvent apporter leurs meubles à l'exception de leur lit. Les murs et le plafond sont plafonnés en blanc et ne sont pas modifiables. Le sol est en carrelage de céramique bordeaux, le même que dans l'espace de circulation posant le même problème que pour l'établissement de Verviers. Aucune chambre n'est équipée d'une salle de bains, les dix chambres se partagent quatre salles de bains adaptées et une salle de bains médicale, toutes situées dans le couloir. Ce choix a été fait pour des questions de disponibilité d'espace et de budget, mais impacte directement la sensation d'être chez soi du résident. Il ne possède que sa chambre et son espace le plus intime doit être partagé et est donc difficilement appropriable. Des études sur d'autres établissements indiquent qu'une salle de bains privée est, avec la chambre, le plus important pour les résidents (Eijkelenboom & al., 2017).

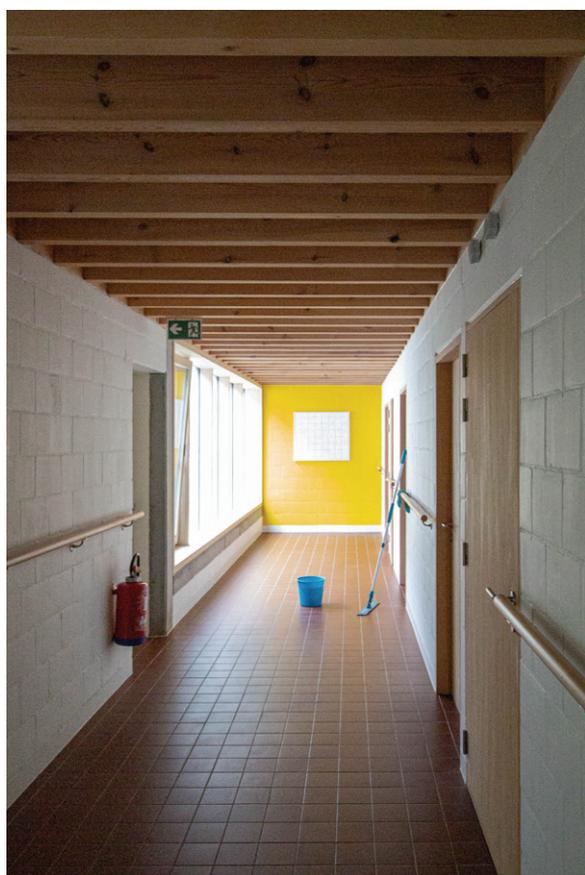
La ligne directrice de l'établissement considère que l'ensemble de la résidence est le logement de l'individu et non pas uniquement sa chambre. Dès lors le positionnement d'une salle de bains dans un espace de circulation à l'échelle de la résidence et dans une logique de normalisation n'est pas incohérent car c'est souvent la disposition existante dans une maison unifamiliale ou un appartement. Elle est d'ailleurs bien plus courante qu'une salle de bains donnant directement dans une chambre à coucher. Aucune étude n'existe sur l'impact comportemental des personnes atteintes de démences en fonction du schéma de positionnement de la salle de bains. Le personnel de la résidence ne relève pas de soucis à cette disposition si ce n'est la distance à parcourir qui est plus longue que si la salle de bains se situait dans la chambre.

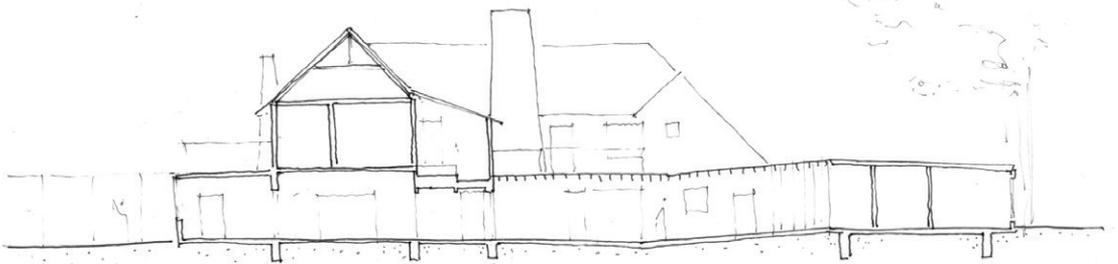
Les résidents ont accès à leur chambre en journée mais le cheminement depuis l'espace de vie est assez long. Le résident voulant se rendre à sa chambre doit tout d'abord passer un hall d'entrée puis se retrouve dans un couloir en pente qui mène au cabinet médical, ainsi qu'aux chambres, puis il se retrouve dans le long couloir des chambres. Cependant, malgré la longueur du cheminement, les architectes ont mis en place plusieurs éléments pour favoriser l'orientation et limiter les chutes. Cette disposition où les chambres se situent loin du lieu de vie n'est pas anodine, les architectes les ont délibérément placées loin pour permettre aux résidents de conserver au maximum un rythme jour/nuit stable et que le repli sur soi dans la chambre soit moins courant (Boie,2020).

L'ensemble du parcours est baigné de lumière naturelle et complètement ouvert sur la nature ; il n'y a aucune symétrie tout du long et des murs colorés permettent de se repérer dans le bâtiment. Le couloir n'est pas rectiligne mais brisé à l'endroit de la salle de bains médicalisée pour limiter les perspectives fuyantes et le sentiment d'espace infini. Des mains courantes sont posées, mais uniquement sur les murs pleins, rendant toutes les parois vitrées plus dangereuses pour les résidents ayant des difficultés à se déplacer. Une allège à 40 cm de hauteur leur permet cependant de s'arrêter à tout moment. La rampe, bien que rajoutant un risque de chutes, était nécessaire pour éviter de perdre encore plus de luminosité dans les chambres.

Fig. 101 & 102 ↓  
 Vue de l'espace de circulation  
 amenant aux chambres  
 ©X. De Lanève

Fig. 103 →  
 Coupe dans la villa, vue de l'espace  
 de circulation allant de l'espace de  
 vie aux chambres  
 ©X. De Lanève





La villa compte aussi deux appartements, ils sont destinés à des couples dont l'un des conjoints est atteint de démence. Ce sont des appartements traditionnels, entièrement aménageables par les locataires. Ceux-ci peuvent bénéficier de l'espace de vie quand ils le souhaitent mais peuvent aussi rester totalement isolés. Cette offre de logement permet à un couple de rester ensemble tout en profitant de l'infrastructure et de l'architecture adaptées de l'établissement. Les appartements sont tous deux équipés d'un petit espace cuisine, d'une salle de bains (ce sont les salles de bains de la villa d'origine laissées en l'état) et d'un grand séjour servant aussi de chambre. Les lits sont similaires à ceux dans les chambres individuelles mais en format 220/160 cm.

L'ensemble de l'établissement, ainsi que tous les autres de la Huis Perrekes, sont équipés de lits berceau (Wiegbed) dessinés par les architectes. Ce lit entièrement en bois, qui se veut simple, est prévu pour permettre au résident de s'installer aisément et au personnel de facilement prendre soin du résident. Un système de pieds amovibles permet au personnel de faire balancer le lit ce qui réduirait l'anxiété des résidents (Filippides & Rea, 2021). C'est une forme de microarchitecture qui fait la synthèse des valeurs de la Huis Perrekes, le confort, la simplicité, la modestie et le lien fort entre le résident et le personnel (Lievens, Dendooven & Bemelmans, 2019).

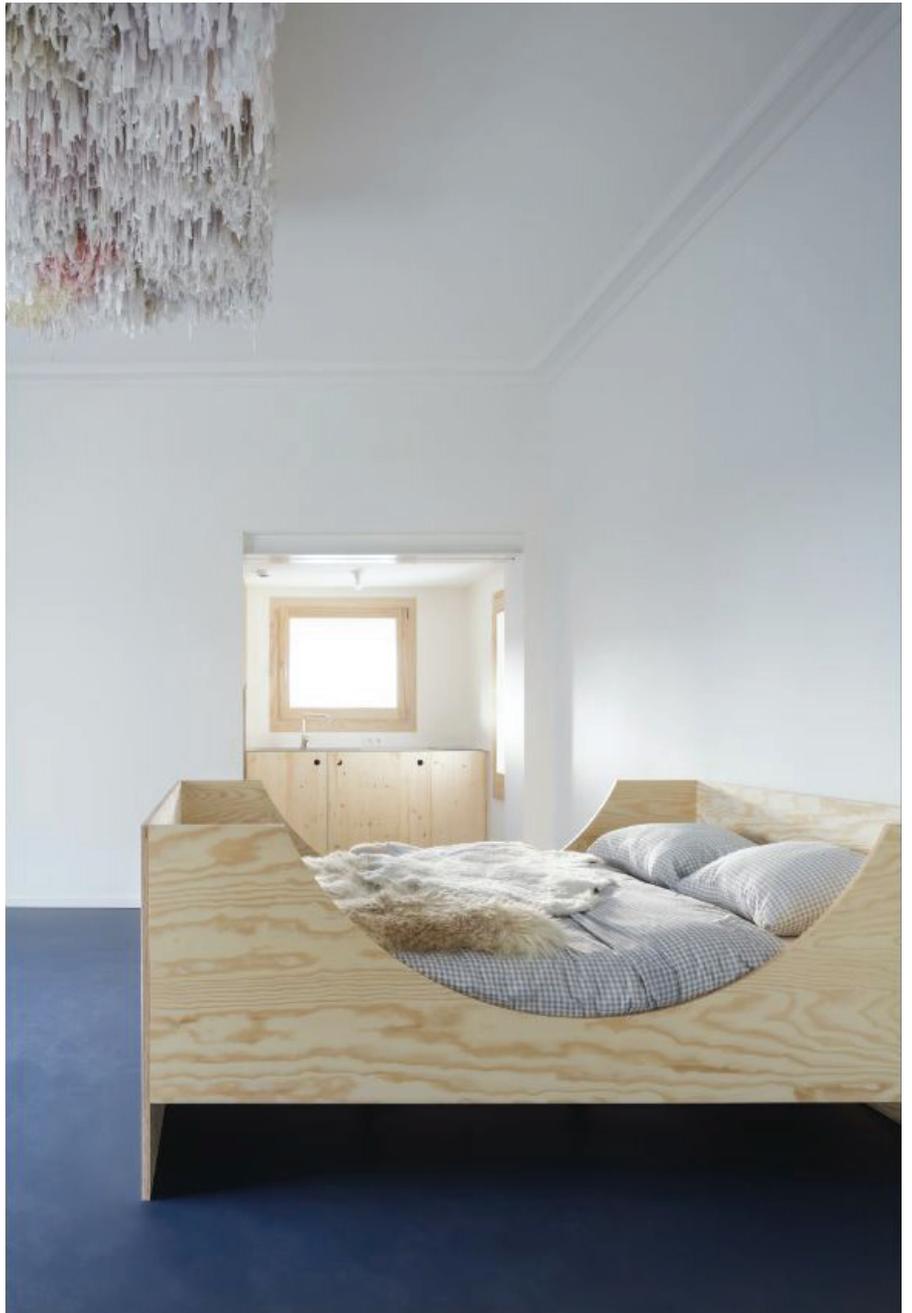
Fig. 104 ↓  
Vue de l'espace séjour d'un appartement  
©Michiel De Cleene

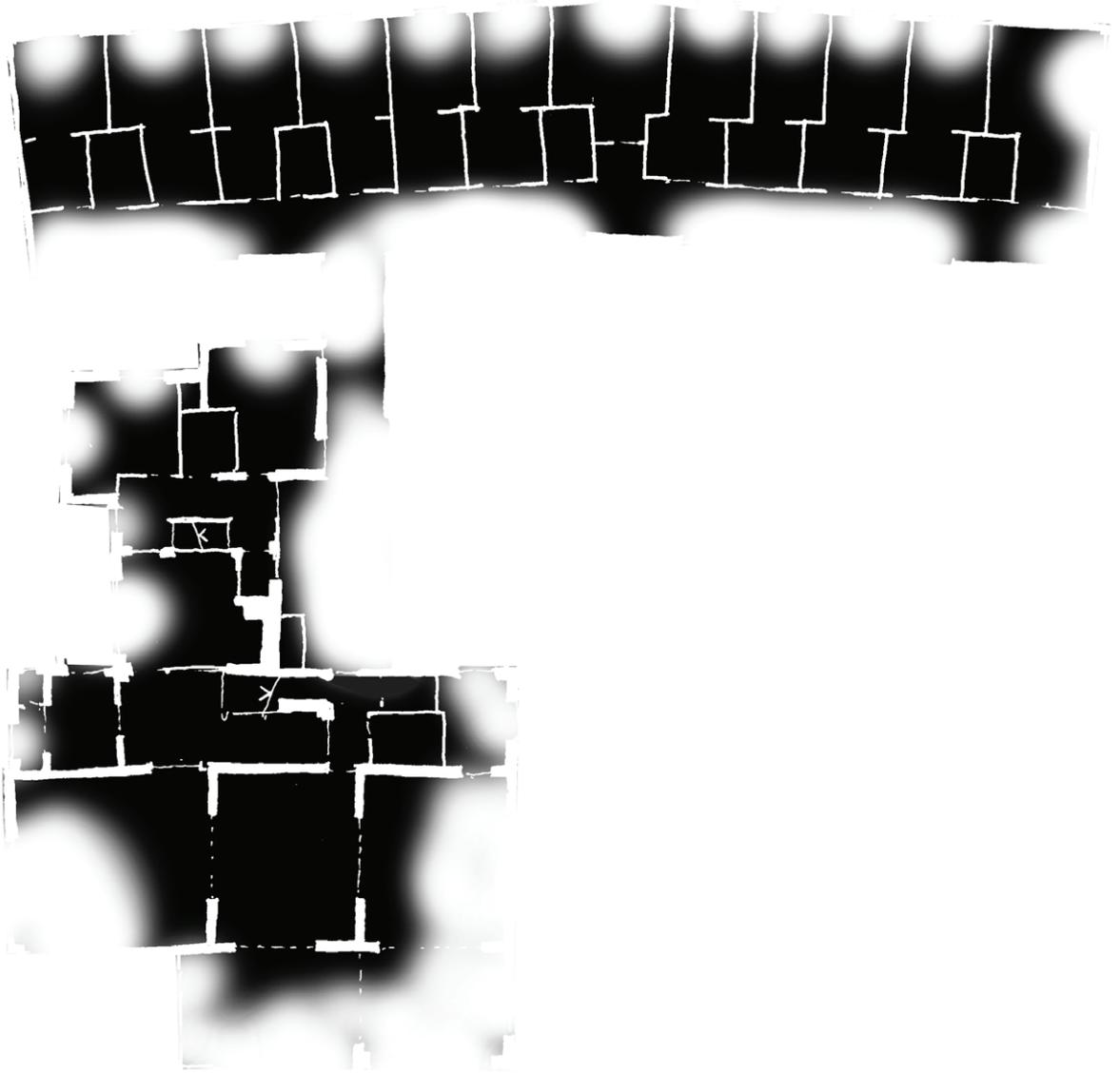
Fig. 105 ↓  
Vue de l'escalier memant aux appartements, l'escalier de l'ancienne villa a été conservé  
©X. De Lanève

Fig. 106 →  
Lit berceau individuel  
©X. De Lanève

Fig. 107 →  
Lit berceau double dans une des appartements de la villa  
©Stijn Bollaert







## *Les espaces attenants*

---

L'établissement compte d'autres espaces plus spécifiques. Deux d'entre eux sont destinés uniquement aux résidents : la salle de physiothérapie et la salle de musique. La première se situe dans la villa d'origine et est aménagée comme un salon avec du mobilier chiné par le personnel sur des brocantes. Cette salle sert aussi lorsqu'un résident est malade. Il peut alors, avec sa famille, rencontrer un médecin dans un cadre résidentiel, loin du cadre communautaire et sans devoir les accueillir dans sa chambre.

<sup>5</sup>Pour plus d'informations sur les relations entre musique et démences, je vous renvoie vers le chapitre « Music in the Therapy of Alzheimer's » de Kapitzki & Muthesius dans l'ouvrage *Lost in Space* de Feddersen et Lüdtkke.

Fig. 108 ←  
Schéma d'éclairage naturel de la villa  
© X. De Lanève

Fig. 109 ↓  
Vue de la salle de musique  
© X. De Lanève

Fig. 110 ↓  
Vue de la salle de physiothérapie  
© Michiel De Cleene

La Huis Perrekes pratique de la thérapie par la musique. Comme pour l'architecture, c'est un stimulus environnemental qui améliore le sommeil, le bien-être et qui réduit l'agitation<sup>5</sup>(Kapitzki & Muthesius, 2014). Elle possède donc, pour pratiquer cette thérapie au mieux, une salle de musique. Cette salle a un positionnement stratégique, elle est située à l'extrémité du couloir des chambres, dans le jardin. Son positionnement proche des chambres pourrait paraître peu cohérent mais dans les faits, les résidents sont assez peu dans leur chambre en journée et sa situation est la plus éloignée de l'espace de vie, lieu où les résidents séjournent le plus. L'utilisation de la salle de musique en journée ne dérange que peu les résidents. De plus, elle dispose d'un accès direct à l'extérieur et à une terrasse lors d'évènements extérieurs.

La Villa comprend aussi un cabinet médical qui fonctionne de façon indépendante et un espace polyvalent semi-public qui sera développé dans la partie sur l'espace extérieur.

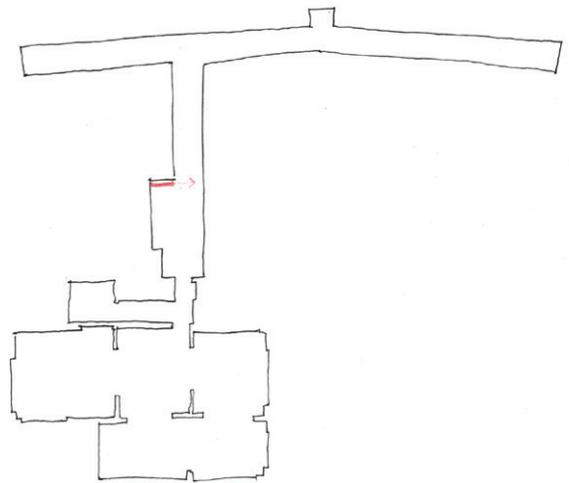


# La sécurité dans la maison : fermeture de l'espace nuit

Les résidents n'ont pas accès à l'espace de vie pendant la nuit. Pour les empêcher d'y accéder, les architectes ont mis en place une grande porte coulissante fermant le couloir reliant l'extension contenant les chambres à la bâtisse principale. Cette porte en bois allant du sol au plafond ferme l'espace et son langage la fait passer pour un mur. Les résidents voulant se rendre à l'espace de vie pendant la nuit ne vont dès lors pas se retrouver devant une porte standard fermée sur laquelle ils risquent de s'impatienter. On peut cependant se demander quel impact l'apparition soudaine d'un mur pendant la nuit peut avoir sur le comportement des résidents.

Fig. 111 ↓  
Vue du couloir allant des chambres à l'espace de vie, la porte en bois servant à séparer les deux  
© X. De Lanève

Fig. 112 ↓  
Espace de circulation dans la villa  
©X. De Lanève

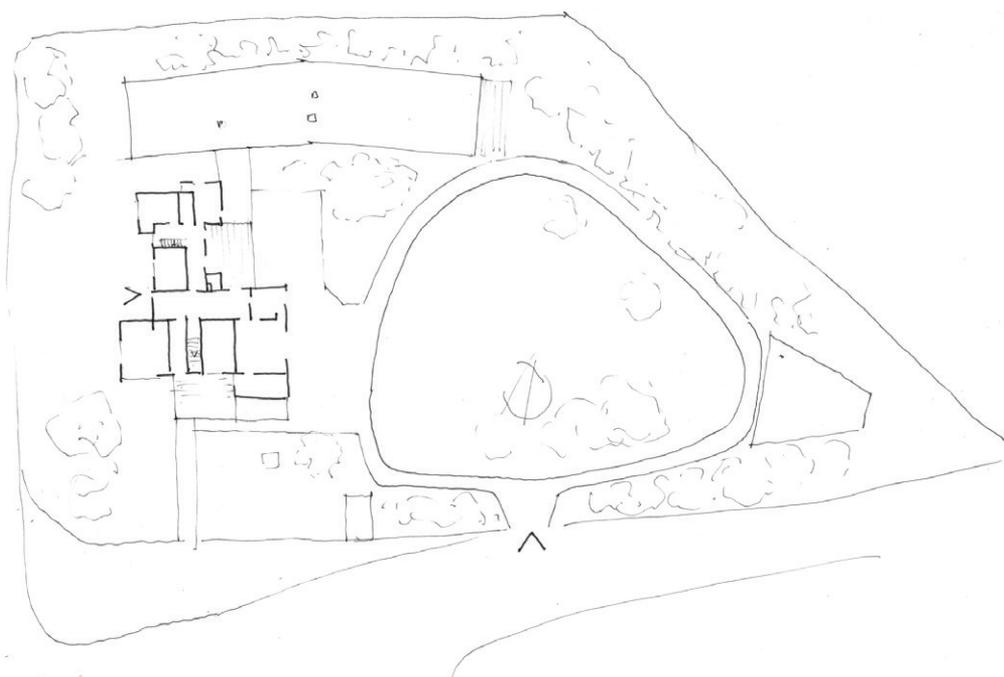


Le statut de l'espace extérieur est lui bien différent de tous les autres établissements ou unités spécialisés. Le parc est le seul espace boisé accessible du village, il est semi public, accessible par tous les habitants du village en journée. C'est le lieu de rencontre de la société et de la communauté de la résidence, un lieu d'activités où tous, résidents ou non, sont invités à entrer (Van den Bergh, 2018).

Plus concrètement, le parc est constitué d'un grand espace vert entouré d'un chemin qui forme une boucle. A l'une des extrémités de cette boucle, la villa, et à l'autre, la salle polyvalente. A elles deux, elles cadrent l'espace extérieur et le délimitent. Le centre de cette boucle est occupé par un espace de pelouse pour différents événements et de modules destinés à tous les âges. La périphérie de cette boucle propose de multiples ambiances différentes, un espace potager, une terrasse en bois, un espace très boisé, un espace avec de la végétation basse. De nombreux bancs sont disposés sur cette périphérie, ce qui permet aux résidents d'explorer ces différentes ambiances et de choisir le lieu où ils se sentent le mieux.

Cet espace a un double statut, celui de jardin pour les résidents, et de parc pour le reste du village. Aucun des deux n'est prioritaire sur l'autre et là est la richesse du modèle. Il ne s'agit pas d'un jardin adapté ni d'un parc transformé en jardin, mais bien un espace conciliant les deux. Les architectes définissent ce parc comme « un espace de liaison entre le monde des résidents, qui se replie progressivement sur eux-mêmes au cours du processus de démence, et le village, le monde. » (NUarchitectuuratelier, 2018).

Fig. 113  
Schéma de l'espace extérieur  
© X. De Lanève



De nombreuses activités publiques y sont organisées (fête de village, manifestations) mais aussi des événements privés (colloque, réunion communale). Un pavillon polyvalent servant à la communauté de la résidence pour y fêter des anniversaires avec les familles, ou aux répétitions de la chorale de la Huis Perrekes, prend place au bout de ce parc. C'est un outil pour la ville qui joue un rôle sociétal et qui met en avant le système et l'organisation de la Huis Perrekes. Au niveau architectural, ce pavillon s'éloigne de l'atmosphère du reste de la villa pour affirmer des ambitions plus urbaines, une peau de béton renferme un cocon de bois. L'espace se veut avant tout fonctionnel et ouvert sur le parc. En plan, il s'ouvre généreusement sur le parc et en coupe, il forme, avec la double hauteur et l'ouverture, comme la proue d'un bateau, s'ouvrant sur le grand paysage.

L'accès au parc pour les résidents peut se faire depuis presque l'ensemble des espaces de la villa : la cuisine, l'espace de salle à manger, les espaces de circulation et l'espace de musique. Une grande partie de ces accès sont ouverts en permanence et l'accès au jardin est libre aux abords de la villa. Si un résident décide de parcourir le jardin en entier, il sera accompagné par un membre du personnel. Pour des questions de sécurité, les chambres n'y ont pas directement d'accès.

L'accès pour les habitants se fait par un portillon situé entre la villa et le pavillon. Un panneau y explique les spécificités du parc et les usages à proscrire. Au final, grâce à son positionnement, les résidents ne se retrouvent jamais seuls devant le portillon. Une grande partie des familles accèdent à la villa par le parc, ce qui change complètement la relation entre la résidence et le reste du monde. Les résidents voient arriver leurs proches par un espace qui leur est autorisé et non via un accès contrôlé. Le contrôle est tacite et géré par le personnel qui accompagne le résident. La sensation d'enfermement est détournée, rejetée au niveau de l'ensemble du parc.



Fig. 114 ←  
Barrière entre l'espace public et le parc de la Villa  
© X. De Lanève

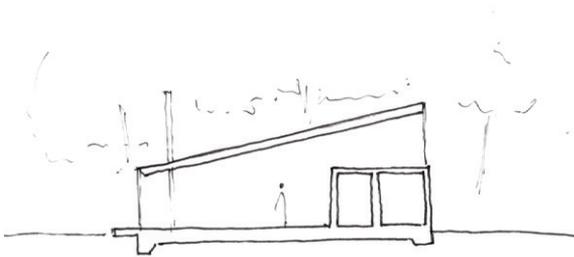
Fig. 115 →  
Vue de l'espace extérieur  
© X. De Lanève

Fig. 116 →  
Extension de la villa dans le parc  
© Michiel De Cleene

Fig. 117 & 118 →  
Vues de l'espace extérieur  
© X. De Lanève

Fig. 119 →  
Coupe schématique du pavillon  
© X. De Lanève

Fig. 120 →  
Vue du pavillon depuis le parc  
© X. De Lanève



Nous avons déjà évoqué la salle de physiothérapie qui peut servir de lieu de consultation avec les familles. Cet espace porte le nom de « salle de physiothérapie » mais est utilisé à bien d'autres fins : des discussions avec les familles sur l'encadrement, des moments privés entre un membre du personnel de soins et un résident. Il sert dès que le besoin d'isolement par rapport à la communauté est nécessaire.

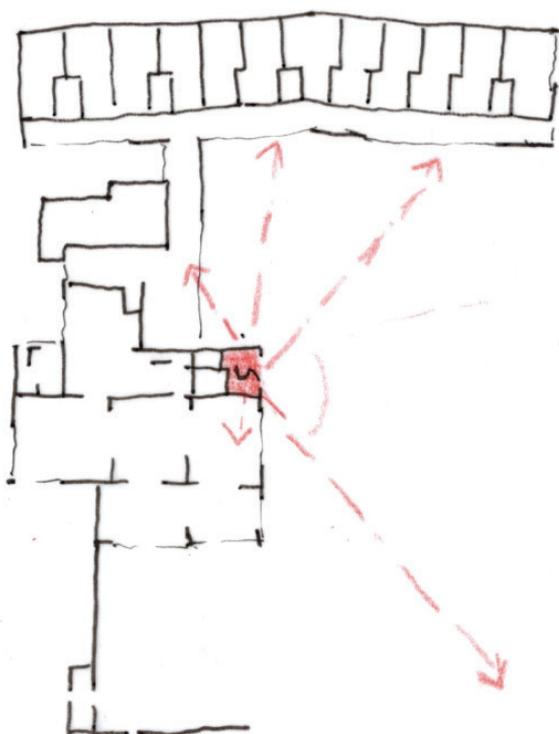
Aucun autre espace n'est destiné uniquement à l'accueil des familles. Comme pour les salles de bains, la direction considère que le lieu de vie est le séjour du résident et qu'il est normal qu'il accueille sa famille dans celui-ci. Selon la direction, le caractère domestique de l'établissement invite les familles à considérer l'ensemble des résidents comme une famille et à ne pas venir dans une optique de ne rendre visite qu'à son proche, mais bien à l'ensemble des résidents.

Le personnel possède un espace pour se retirer, certes assez exigu, mais positionné de façon stratégique. Il est situé sur le coin de l'ancienne villa, directement accolé à l'espace de vie et profite d'un accès à l'extérieur. Depuis ce lieu, le personnel a une vue sur le couloir menant aux chambres, le couloir reliant l'extension à la villa et sur le jardin.

Fig. 121 ←  
Positionnement de l'espace destiné  
au personnel et vues possibles  
© X. De Lanève

Fig. 122 →  
Vue de la Villa depuis le parc  
© X. De Lanève

Fig. 123 →  
Parement à rue de l'extension  
© X. De Lanève





Le projet de la Huis Perrekes va bien au-delà de la villa. Elle tente d'inclure au maximum les personnes atteintes de démences dans la vie d'un village et dans la société en général (Lievens, Dendooven & Bemelmans, 2019). On ne crée pas une nouvelle société autarcique mais bien une communauté qui fait partie d'un ensemble plus grand et qui participe à son fonctionnement, son développement. La Huis Perrekes considère que la vie ne s'arrête pas après le placement en institution et que, dès lors, les résidents doivent continuer à avoir une activité sociale.

Pour y arriver, l'organisation développe de nouveaux modèles, fait bouger les administrations communales et sensibilise les habitants du village. Des expositions sont organisées, des journées en lien avec la démence et l'ensemble des disciplines connexes sont mises en place annuellement (journée de l'architecture, journée des familles, concerts et activités sur la musique et la démence). Un projet de crèche est à l'étude, l'idée serait d'inclure des personnes atteintes de démences dans un projet d'accueil de jeunes enfants. Les bénéfices seraient doubles, autant pour les résidents, que pour les enfants. La mise en place de ce projet serait une première en Belgique et participerait à détruire en partie l'isolement des personnes malades.



Fig. 124 ←  
Autre établissement d'accueil de la Huis Perrekes, la façade est façonnée par les résidents via des morceaux de tissu tricotés.  
© X. De Lanève

Fig. 125 →  
Vue de la Villa depuis le parc  
© X. De Lanève



L'échantillon d'étude de trois établissements est trop faible pour pouvoir tirer des conclusions valables à l'échelle du territoire. L'étude devrait être élargie à un plus grand panel de résidences. Ces études permettent cependant d'observer les manquements et qualités des projets, de les comparer entre eux et de pointer des éléments où l'attention doit être plus spécifiquement retenue dans les projets résidentiels pour personnes atteintes de démences.

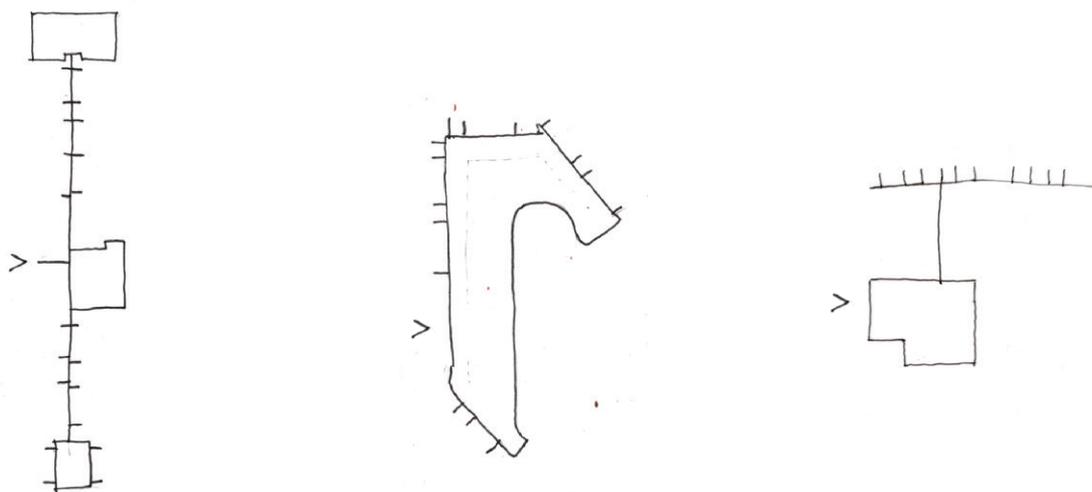
Nous venons de le voir, ces trois projets sont bien différents les uns des autres sur de nombreux points. Au-delà de leur langage architectural et des contraintes inhérentes à la situation, des spécificités à chaque bâtiment apparaissent mais aussi des observations communes.

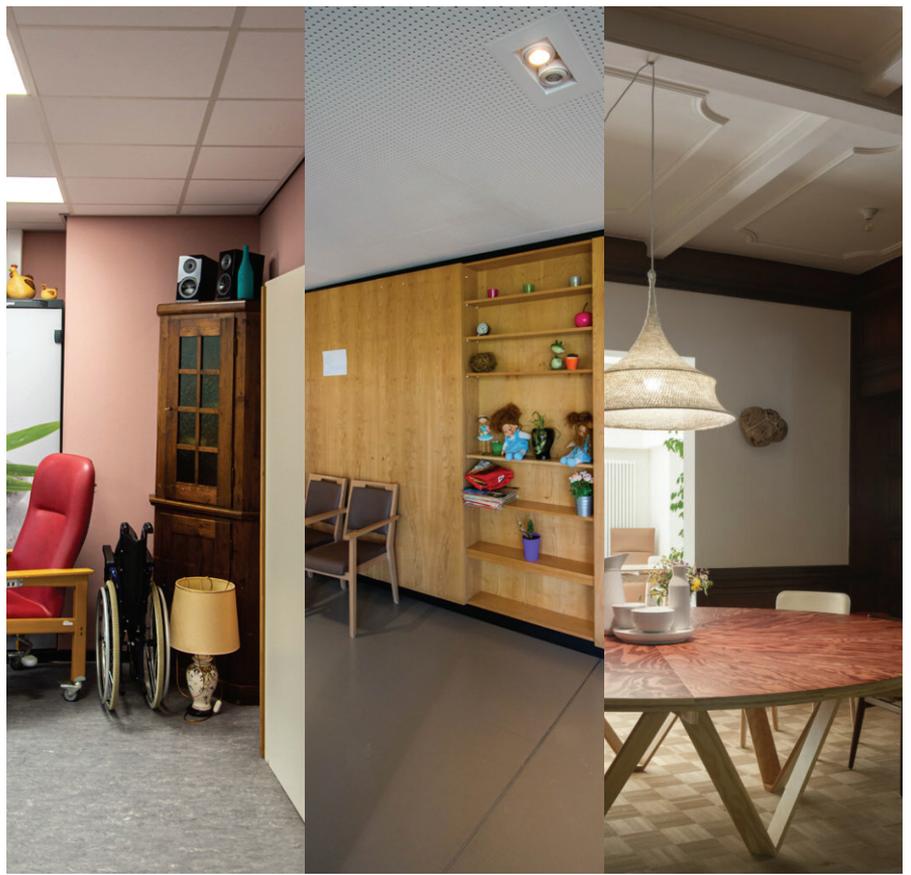
Tout d'abord, le manque de possibilités d'appropriation de l'espace par les résidents revient dans les trois analyses. Les résidents n'ont souvent que la possibilité d'apporter leurs meubles et ne peuvent utiliser l'espace de vie qu'en y déposant que quelques objets ou en changeant légèrement l'organisation spatiale du mobilier. Aucun établissement n'offre des libertés complètes dans la modification des chambres, il est souvent interdit de les repeindre ou d'y modifier le mobilier fixe (rideaux, télévision, mobilier encastré).

La normalisation se limite souvent aux apports des résidents (mobilier, aménagement) ou à des éléments ponctuels qui ne permettent pas de créer un ensemble renvoyant à l'image du domicile. Une ambiance hospitalière est souvent sous-jacente et s'exprime de façon franche dans les matérialités et organisations spatiales. Seule la villa de la Huis Perrekes semble mettre en place une normalisation plus globale et accompagnée d'un projet de vie plus clairement établi.

Fig. 126 ↓  
Ensemble de schémas de composition des trois résidences, de gauches à droite : résidence Saint-Joseph, résidence Roi Baudouin, Villa de la Huis Perrekes  
© X. De Lanève

Fig. 127 →  
Triptique composé des figures 40, 73 et 97  
© X. De Lanève





Les trois établissements révèlent tous un manque d'espaces destinés à l'accueil des familles des résidents. Aucun d'entre eux n'a d'espace uniquement dédié à cela et donc encore moins une multitude d'espaces adaptés aux différentes situations. Les établissements restent essentiellement tournés autour du résident et de ses besoins liés à la maladie, et encore trop peu autour des besoins de la vie quotidienne, l'accueil des proches, les activités personnelles. Il en est de même pour les espaces destinés au personnel, ils sont exigus, souvent mal orientés, voire inexistantes.

Nous observons cependant des recherches de la part des architectes pour tenter de réinventer le modèle. Une mise à l'échelle domestique dans la résidence Roi Baudouin et dans la Huis Perrekes, du mobilier innovant qui tente de trouver une place entre aspects domestique et hospitalier, ou encore une réflexion à l'échelle du village sont autant d'éléments qui tentent de faire avancer l'encadrement des personnes atteintes d'une forme de démence.

Des organisations, parfois opposées, montrent que la mise en forme n'est pas unique et que c'est la recherche et le compromis entre les outils de conception qui permettent de proposer un modèle qui tente d'être le plus cohérent possible. Une organisation des chambres autour de l'espace de jour comme à la résidence Roi Baudouin permet un isolement facile pour le résident et limite les déplacements, alors qu'une organisation en espace de nuit isolé comme à la Huis Perrekes permet de conserver une plus grande intimité et un meilleur rythme de sommeil.

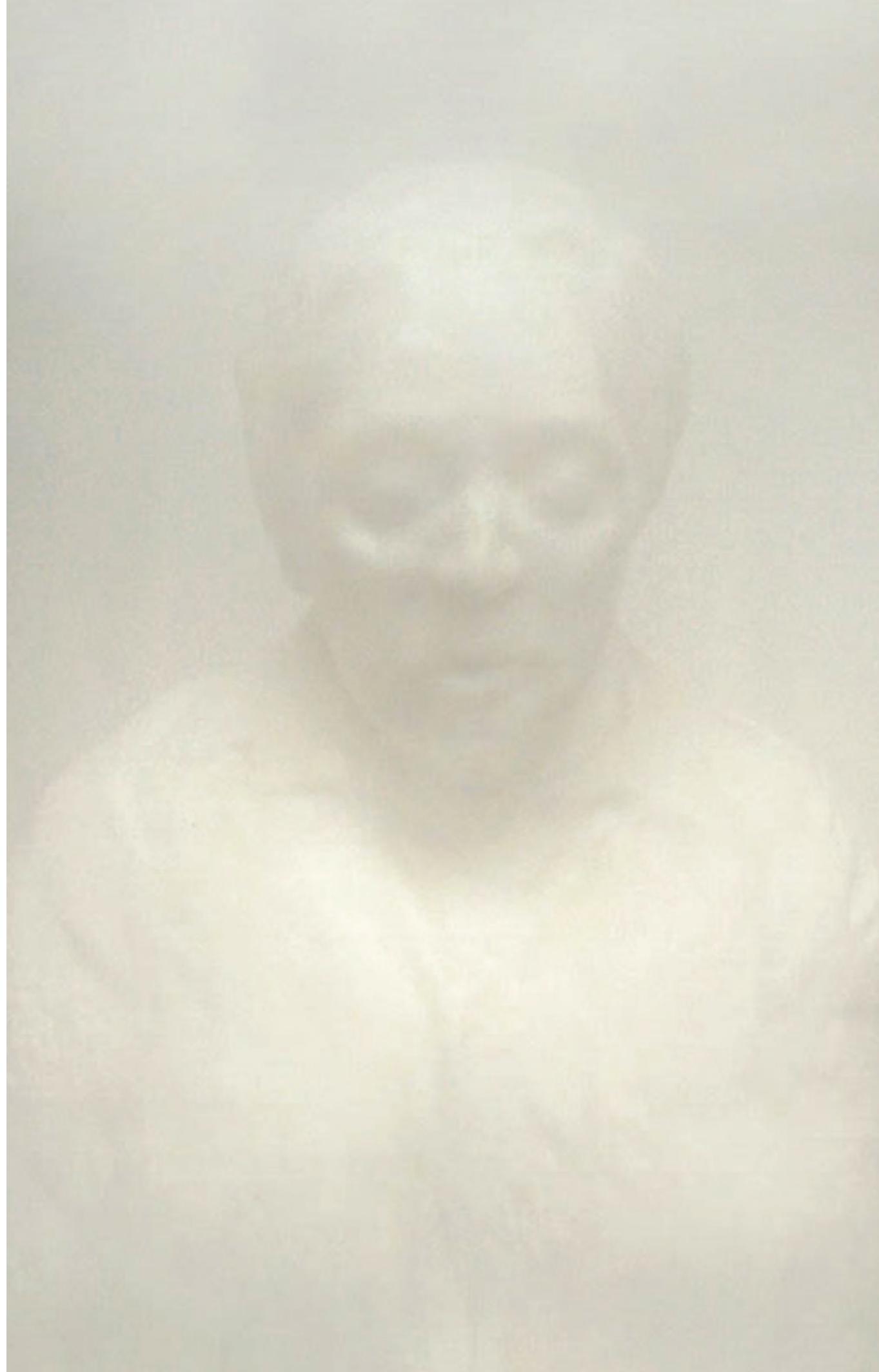
Dans tous les cas, nous voyons que les propositions vont au-delà des normes existantes en Belgique pour créer des environnements plus adaptés, mais qui continuent à rester proche du modèle hospitalier. La structure de la résidence Saint Joseph est clairement héritée de l'ancienne structure de la maison de repos et nous voyons que dans ces cas-là il est très difficile d'en sortir et de proposer autre chose qu'un couloir bordé de chambres. A l'inverse, le départ depuis une structure d'habitation comme à Oosterlo, oblige à construire une annexe à cause du manque de place et fait retomber dans un schéma identique de chambres le long d'un couloir. Dans ce cas-ci, la structure des chambres est portée plus loin avec une ouverture plus généreuse et une circulation non rectiligne possibles grâce à des libertés d'implantation.

L'espace extérieur est sûrement l'élément le plus variable d'un établissement à l'autre, allant de la petite terrasse au parc partagé. La place octroyée est souvent dépendante de l'implantation et de l'espace disponible, comme à Woluwe-Saint-Pierre. Mais parfois, comme à Verviers, l'espace est limité pour des raisons de sécurité et la situation de l'unité spécifique limite les possibilités d'accès et donc de visibilité des espaces extérieurs. Ceux-ci sont pourtant cruciaux dans ce type d'établissement parce qu'ils constituent souvent l'un des seuls liens avec le monde extérieur. Mal organisés, ils ne peuvent que renforcer un sentiment d'enfermement.

Les solutions ne sont pas toutes faites et l'architecture spécifique pour les personnes malades de démences doit évoluer. Les expérimentations interprétant l'ensemble des outils pour tenter de proposer des projets alliant l'ensemble des besoins de cette population doivent continuer.

Au final, le projet d'architecture se doit, en plus de contraintes habituelles, de concilier le besoin d'un schéma d'orientation comme support de la maladie et une ambiance la plus domestique possible, le tout en évitant de tomber dans l'adaptation du modèle hospitalier. Ce doit être cohérent avec le projet de vie global de l'établissement, les spécificités culturelles régionales et l'environnement où s'implante l'édifice.

Fig. 128 →  
Photographie d'une sculpture  
d'Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt  
©Alexandra Cool



*CONCLUSION :  
QUEL FUTUR POUR  
L'ENCADREMENT EN  
BELGIQUE ?*



Pour conclure, essayons de reconsidérer la complexité de la conception de ce type d'établissement avant de tenter de comprendre vers où se dirige l'accueil des personnes atteintes de démence en Belgique.

Les différentes formes de démences, dont la maladie d'Alzheimer, touchent directement les capacités mémorielles, de perception de l'espace, d'orientation, de conceptualisation. Les manifestations de la maladie dépendent énormément des individus et chaque malade aura ses spécificités.

Lors de l'accueil en institution, l'environnement se doit d'être un support pour la maladie et de permettre au résident de vivre avec elle. Mais il doit aussi être considéré comme le lieu de vie d'êtres humains tous différents les uns des autres, avec des bagages culturels, des envies, des besoins, des projets de vie.

Les modèles existants de logements ou de soins ne sont pas adaptés et ne correspondent pas aux besoins d'une architecture spécifique. Des lors, il faut réinventer un modèle d'accueil. Depuis la fin des années 1980, de nombreux projets ont vu le jour dans le monde, ils ont servi d'objets d'étude pour comprendre l'impact de l'architecture sur les malades et voir évoluer ces établissements. Le fonctionnement continue aujourd'hui à être itératif. Sur base des études, on forge un projet tout en essayant d'aller plus loin et de rendre ces établissements plus adaptés et ensuite on étudie ses dispositifs pour les comprendre.

Les projets ont, chacun à leur échelle et avec leurs ambitions, tenté de produire un nouveau modèle d'accueil, dans la continuité de la recherche. Le cadre de cette recherche est en évolution constante et le modèle faisant la balance des soins et du logement n'existe pas en tant que tel, c'est un processus de composition évolutif pour tenter de construire le meilleur accueil possible.

Dès lors, il ne faut pas balayer ce qui existe pour tenter de réinventer l'encadrement mais bien remettre constamment en question les modèles existants, cibler leurs forces et faiblesses, et améliorer cet encadrement.

Quelle stratégie avoir alors face au problème grandissant du nombre de personnes atteintes de démence ? Elle n'est sûrement pas dans la négation de l'infrastructure actuelle mais bien dans son enrichissement, en multipliant les résidences et en variant les formes, le projet de vie et les politiques d'accueil pour correspondre au plus grand nombre. Bien sûr il faut augmenter le nombre de places, les institutions proposant un encadrement spécifique ont des listes d'attente parfois de centaines de personnes, des personnes seules et malades ne sont pas dans un environnement adapté, le manque de places est un enjeu crucial et est dangereux. Mais il ne faut pas agrandir ces établissements, il ne faut pas continuer à répéter le modèle traditionnel de le MRPA, au risque d'un retour en arrière. Il faut trouver de nouvelles solutions, multiplier les modèles d'accueil, informer la population et, forcément, mettre les moyens dans la constitution d'une infrastructure d'accueil adaptée, à l'échelle nationale, et qui prend en compte la recherche scientifique dans le domaine.

Mais le développement de projets mettant en place au maximum les outils de conceptions est assez rare et demande des budgets conséquents. Cela va forcément aussi avec des ambitions politiques et décisions où l'architecte n'a que très rarement son mot à dire. Ici l'étude s'est limitée à observer les établissements sans prendre en compte le contexte politique et économique dans lequel le projet a été initié, parce que dans ce cas-là, nous sortons de l'analyse architecturale et entrons dans de une compréhension de processus de projet. Là n'était pas l'objectif de ce travail.

Je terminerai en ouvrant le débat et en questionnant l'idée du village Alzheimer en le mettant brièvement en parallèle avec le projet à l'échelle urbaine de la Huis Perrekes. N'avons-nous pas là affaire à deux formes de village pour personnes atteintes de démences ?

Le principe du village Alzheimer de Hogeweyk est de proposer un village adapté à la démence et d'y amener le reste de la société, de rendre cet espace perméable pour une partie de la population. La Huis Perrekes quant à elle a l'ambition d'intégrer l'ensemble de personnes atteintes de démences dans la société et de faire que l'un bénéficie à l'autre.

Le principe est le même : proposer plusieurs établissements différents pour pouvoir correspondre aux styles de vie des différents individus. Le village Alzheimer les accole les uns aux autres, les démultiplie, pour créer un plus grand ensemble. Cet ensemble est alors refermé sur lui-même, sécurisé et accompagné de services eux aussi spécialisés. Cette adaptation de l'ensemble de l'environnement, de la chambre jusqu'au salon de coiffure, n'est viable qu'à une certaine échelle, celle du village, l'ensemble de la société ne pouvant pas être adapté entièrement.

Fig. 130  
© X. De Lanève

→

La Huis Perrekes propose elle de procéder autrement : mettre en place plusieurs structures d'accueil dans un village désireux de participer à un projet de commune *dementia-friendly*. L'ensemble de ces structures doit avoir un rôle dans la vie du village et participer à la vie sociale. Les résidents sont impliqués dans des infrastructures publiques, l'établissement met son espace extérieur à disposition du public et organise de multiples événements (Lievens, Dendooven & Bemelmans, 2019).

Les établissements peuvent, dans leurs principes, se ressembler mais leur projet de vie est bien différent et leurs objectifs aussi. La Huis Perrekes a l'ambition de permettre aux personnes atteintes de démences de trouver une place dans la société, d'éviter de les isoler complètement et de continuer à leur proposer une vie active. Le Village de Hogeweyk en revanche pour but de proposer un cadre de vie entièrement adapté, de créer une société qui leur est entièrement consacrée, où des visiteurs viennent ponctuellement. Au final, le village Alzheimer reste une institution totalitaire alors que la Huis Perrekes enlève la condition de reclus des résidents, ils peuvent continuer à vivre une vie en société.

N'est-ce pas là l'objectif premier de l'architecture pour personnes atteintes de démences ? Leur permettre de continuer à vivre une vie active, en société, dans un espace sécurisé, qui leur permet de continuer à prendre des décisions de vie, aussi petites soient-elles. Une architecture qui ne leur rappelle pas la maladie mais bien les capacités restantes et les possibilités d'épanouissement qui existent. Construire une architecture pour les personnes atteintes de démences n'est pas simplement adapter un environnement et mettre en place des dispositifs spécifiques, c'est avant tout la compréhension d'individus et leurs spécificités, une autre manière de vivre le monde.



# Bibliographie

---

Le référencement et la bibliographie sont rédigés selon les normes APA françaises éditées par Scribbr. Le travail ayant débuté fin 2020, c'est la septième édition qui a été utilisée tout au long de la recherche.

Debret, J. (2020). Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa/>

## Ouvrages et chapitres d'ouvrages

---

Bowes, A., & Dawson, A. (2019). *Designing Environments for People with Dementia*. Emerald Publishing Limited.  
DOI : <https://doi.org/10.1108/9781787699717>

Budson, A. E., & Kowall, N. W. (2014). *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Wiley Blackwell.

Büter, K., & Marquardt, G. (2021). *Construction and Design Manual, Dementia-friendly Hospital Buildings*. DOM publishers

Charras, K., & Eynard, C. (2014). Penser un environnement pour l'accueil de personnes présentant des vulnérabilités sociales et psychologiques : De l'élaboration à la conception architecturale. Dans D. Marchand, S. Depeau & K. Weiss (Eds.), *L'individu au risqué de l'environnement : Regards croisés de la psychologie environnementale* (pp. 175-197). In Press.  
URL : <https://www.researchgate.net/publication/263305651>

Cohen, U., & Weisman, G. D. (1991). *Holding on to Home: Designing Environments for People with Dementia*. The Johns Hopkins University Press.

Cronin-Golomb, A. (2014). Visuospatial Function in Alzheimer's Disease and Related Disorders. Dans A. E. Budson, & N. W. Kowall (Eds.), *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (pp. 457-482). Wiley Blackwell.

Dedenroth Høj, L. (2019). Exploring the Potentials of Dementia Village Architecture. Dans K. Niedderer, G. Ludden, R. Cain & C. Wölfel (Eds.), *Designing with and for People with Dementia. Wellbeing, Empowerment and Happiness* (pp. 125-138). TUDpress. URL : [https://tud.qucosa.de/landing-page/?tx\\_dlf\[id\]=https%3A%2F%2Ftud.qucosa.de%2Fapi%2Fqucosa%253A35322%2Fmets](https://tud.qucosa.de/landing-page/?tx_dlf[id]=https%3A%2F%2Ftud.qucosa.de%2Fapi%2Fqucosa%253A35322%2Fmets)

Dilani, A. (2006). Psychosocially Supportive Design – As a Theory and Model to Promote Health. Dans A. Dilani (dir.), *Design & Health IV Future Trends in Healthcare Design* (pp. 13-22). International Academy for Design and Health.

Feddersen, E. (2014). Learning, Remembering and Feeling Space. Dans E. Feddersen & I. Lüdtkke (dirs.), *Lost in Space: Architecture and Dementia* (pp. 15-23). Birkhäuser.

Feddersen, E., & Lüdtkke, I. (2014). *Lost in Space: Architecture and Dementia*. Birkhäuser.

Filippides, E. & Rea, B. (2021). *In Conversation with NU*. ISLANDS. URL : <https://www.nuarchitectuuratelier.com/story/on-scale-and-relation/>

Goffman, E. (1968). *Asiles* (L. Lainé, R. Castel & C. Lainé, Trad.). Les éditions de minuit.

Growdon, J. H. (2014). Foreword. Dans A. E. Budson, & N. W. Kowall (Eds.), *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (pp. xii-xiv). Wiley Blackwell.

Kapitzki, C., & Muthesius, D. (2014) Music in the Therapy of Alzheimer's. Dans E. Feddersen & I. Lüdtkke (dirs.), *Lost in Space: Architecture and Dementia* (pp. 76-79). Birkhäuser.

Kraepelin, E. (1910). *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Johann Ambrosius Barth.

Mandell, A. M., & Green, R. C. (2014). Alzheimer's Disease. Dans A. E. Budson, & N. W. Kowall (Eds.), *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (pp. 3-91). Wiley Blackwell.

McManus, M., & McClenaghan, C. (2010). *Hearing, Sound and the Acoustic Environment for People with Dementia*. University of Stirling.

McNair, D. (2014). Light. Perception and Health. Dans E. Feddersen & I. Lüdtkke (dirs.), *Lost in Space: Architecture and Dementia* (pp. 106-109). Birkhäuser.

Morin, P. (2014). Other Dementias. Dans A. E. Budson, & N. W. Kowall (Eds.), *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (pp. 179-193). Wiley Blackwell.

Lievens, H., Dendooven, F., & Bemelmans, M. (2019). A House, Architecture for Residents with Dementia. Dans K. Niedderer, G. Ludden, R. Cain, & C. Wölfel (Eds.), *Designing with and for People with Dementia* (93-100). TUDpress.

Pollock, A. (2014). Meaningful Outdoor Spaces for People with Dementia. Dans E. Feddersen & I. Lüdtke (dirs.), *Lost in Space: Architecture and Dementia* (pp. 146-153). Birkhäuser.

Pollock, R. (2014). Architectural Space, Acoustics and Dementia. Dans E. Feddersen & I. Lüdtke (dirs.), *Lost in Space : Architecture and Dementia* (pp. 110-112). Birkhäuser.

Steenwinkel Van, I., Verstraeten, E., & Heylighen, A. (2016). Adjusting an Older Residential Care Facility to Contemporary Dementia Care Visions. Dans P. Langdon, J. Lazar, A. Heylighen, & H. Dong (Eds.), *Designing around People* (pp. 219-228). Berlin : Springer

## Articles de revues

---

Alzheimer, A. (1906). Über einen eigenartigen, schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 64, 146.

Alzheimer, A. (1911). Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 4, 356-385.

Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 1(1-2), 129-141. DOI : <https://doi.org/10.3917/gs.128.0129>

Capuano, C. (2021). Le Traitement institutionnel des malades Alzheimer depuis le début du XXe siècle : Une population ballottée entre établissements inadaptés. *Les Cahiers du Comité pour l'histoire de l'Inserm*, 2(2), 51-57. URL : <http://hdl.handle.net/10608/10625>

Charras, K. (2013). Réflexions sur les modalités architecturales pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 20, 336-338. URL : <https://www.researchgate.net/publication/259308757>

Charras, K. (2014). L'Architecture : Un support pour l'accompagnement. *DOC' Alzheimer*, 3, 36-38. URL : <https://www.researchgate.net/publication/275638960>

Charras, K., Demory, M., Eynard, C., & Viatour, G. (2011). Principes théoriques et modalités d'application pour l'aménagement des lieux de vie accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 18, 201-210. URL : <https://www.researchgate.net/publication/259308582>

Chaudhury, H., Cooke, H. A., Cowie, H., & Razaghi, L. (2016). The Influence of the Physical Environment on Residents with Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. *The Gerontologist*, 58(5), e325-e337. DOI : <https://doi.org/10.1093/geront/gnw259>

Chrysikou, E., Rabnett, R., & Tziraki, C. (2016). Perspectives on the Role and Synergies of Architecture and Social and Built Environment in Enabling Active Healthy Aging. *Journal of Aging Research*. 2016, 1-7. DOI : <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6189349>

Chrysikou, E., Tziraki, C., & Buhalis, D. (2018). Architectural Hybrids for Living Across the Lifespan: Lessons from Dementia. *The Service Industries Journal*, 38(1-2), 4-26. DOI : <https://doi.org/10.1080/02642069.2017.1365138>

Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). The Effects of an Enhanced Environment on Nursing Home Residents Who Pace. *The Gerontologist*, 38(2), 199-208. DOI : <https://doi.org/10.1093/geront/38.2.199>

Cronin-Golomb, A. (1995). Vision in Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*, 35(3). 370-376.

Davis, S., Byers, S., Nay, R., & Koch, S. (2009). Guiding Design of Dementia Friendly Environments in Residential Care Settings: Considering the Living Experiences. *Dementia*, 8, 185-203. URL : <https://www.researchgate.net/publication/247738958>

Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The Therapeutic Design of Environments for People with Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*, 40(4), 397-416. DOI : <https://doi.org/10.1093/geront/40.4.397>

Delrieu, J. & Vellas, B. (2020). Les Nouveaux traitements de la maladie d'Alzheimer. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(3), 237-247. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.01.018>

Devora, V. (2019). Dementia-friendly Design: Hogeweyk and Beyond. *British Journal of General Practice*, 69(683), 300. DOI : <https://doi.org/10.3399/bjgp19X703949>

Eijkelenboom, A., Verbeek, H., Felix, E., & Van Hoof, J. (2017). Architectural Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: An Operationalization for Practice. *Frontiers of Architectural Research*, 6(2), 111-122. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.foar.2017.02.004>

Foucault, M. (2004 [1967]). Des Espaces autres. *Empan*, 2(54), 12-19. DOI : <https://doi.org/10.3917/empa.054.0012>

Fleming, R., & Purandare, N. (2010). Long-term Care for People with Dementia: Environmental Design Guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1084-1096. DOI : <https://doi.org/10.1017/S1041610210000438>

Graeber, M. B., & Mehraein, P. (1999). Reanalysis of the First Case of Alzheimer's Disease. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 10-13. DOI : <https://doi.org/10.1007/pl00014167>

Kenigsberg, P.A., Ersek, K., Gulácsi, L., Karpati, K., Jacques, A., Gustavsson, A., Jönsson, L., Mcdaid, D., Valtonen, H., & Wimo, A. (2009). Impact socio-économique de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en Europe. *Gérontologie et société*, 1(32), 297-318. DOI : <https://doi.org/10.3917/gs.128.0297>

Labarchède, M. (2018). Repenser l'hospitalité pour l'hébergement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer : Représentations de l'habitat et pratiques de l'espace. *Cahiers thématiques*, 18-(Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence), 89-98.

Ludden, G. D. S., van Rompay, T. J. L., Niedderer, K., & Tournier, I. (2019). Environmental Design for Dementia Care - Towards More Meaningful Experiences through Design. *Maturitas*, 128, 10-16. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.06.011>

Marquardt, G. (2011). Wayfinding for People with Dementia: A Review of the Role of Architectural Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(2), 75-90. DOI : <https://doi.org/10.1177/193758671100400207>

Marquardt, G., Büter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review. *HERD : Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 127-157. DOI : <https://doi.org/10.1177/193758671400800111>

Namazi, K. H., & Johnson, B. D. (1992). Environmental Issues Related to Visibility and Consumption of Food in an Alzheimer's Disease Unit. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 7(1), 30-34. DOI : <https://doi.org/10.1177/153331759200700107>

Ploton, L., & Cropier, Y. (2006). À propos de la collaboration entre l'architecte et un psychologue ou un psychiatre, pour la conception de bâtiments accueillant des malades d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 29(119-4), 107-128.  
DOI : <https://doi.org/10.3917/gs.119.0107>

Rolland, Y., Gillette-Guyonnet, S., Nourhashémi, F., Andrieu, S., Cantet, C., Payoux, P., Ousset, P.J., & Vellas, B. (2003). Déambulation et maladie de type Alzheimer. Étude descriptive. Programme de recherche REAL.FR sur la maladie d'Alzheimer et les filières de soins. *La Revue de Médecine Interne*, 24(3), 333-338.

Tilly, J., & Reed, P. (2008). Dementia Care Practice Recommendations for Nursing Homes and Assisted Living, Phase 2: Falls, Wandering, and Physical Restraints. *Alzheimer's Care Today*, 9(1), 51-59.  
URL : <https://www.alz.org/media/documents/dementia-care-practice-recommend-assist-living-1-2-b.pdf>

Van Hoof, J., Kort, H. S. M., van Waarde, H., & Blom M. M. (2010). Environmental Interventions and the Design of Homes for Older Adults With Dementia: An Overview. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(3), 202-232. DOI : <https://doi.org/10.1177/1533317509358885>

Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S. M. G., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2009). Small, Homelike Care Environments for Older People with Dementia: A Literature Review. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 252-264.  
DOI : <https://doi.org/10.1017/S104161020800820X>

Villars, H., Gardette, V., Sourdet, S., Lavallart, B., Flouzat, J.-P., Nourhashémi, F., & Vellas, B. (2009). Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement : Réflexion sur les critères de définition et missions. *Cah. Année gerontol*, 1, 48-66.  
DOI : <https://doi.org/10.1007/s12612-009-0008-x>

Wiener, J. M., & Pazzaglia, F. (2021). Ageing- and Dementia-friendly Design: Theory and Evidence from Cognitive Psychology, Neuropsychology and Environmental Psychology can Contribute to Design Guidelines that Minimise Spatial Disorientation. *Cogn Process*, 22, 715-730.  
DOI : <https://doi.org/10.1007/s10339-021-01031-8>

Zeisel, J. (2005). Environment, Neuroscience, and Alzheimer's Disease. *Alzheimer's Care Today*, 6(4), 273-279.

Zeisel, J., Silverstein, N., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, P., & Holmes, W. (2003). Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*, 43(5), 697–711.  
DOI : <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.697>

## Rapports

---

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the Prevalence of Dementia in Europe*. Alzheimer Europe.

URL : [https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer\\_europe\\_dementia\\_in\\_europe\\_yearbook\\_2019.pdf](https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf)

Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Alzheimer's Disease International.

URL : <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport.pdf>

Alzheimer's Disease International. (2018). *World Alzheimer Report 2018 : The State of the Art of Dementia Research: New Frontiers*. Alzheimer's Disease International. URL : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/>

Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia*. Alzheimer's Disease International. URL : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>

Boyls, S. (2018), *L'accompagnement des personnes âgées avec troubles cognitifs en maison de repos et de soins en Wallonie : Analyse des différentes structures et des modèles d'accompagnement*. Wallonie familles santé handicap / AVIQ. URL : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/Accompagnement-PA-troubles-cognitifs-MRS-Wallonie.pdf>

Espace Seniors. (2015). *Les villages pour les personnes atteintes de démence : Un modèle transposable en Belgique ? (Analyse)*.

Secrétariat national d'Espace Seniors.

URL : <https://www.espace-seniors.be/wp-content/uploads/2020/08/12.analyse-Village-dements.pdf>

Espace Seniors. (2017). *Le concept CANTOUS « Au coin du feu » : La bûche ou le seau d'eau ?* Secrétariat national d'Espace Seniors.

URL : <https://www.espace-seniors.be/wp-content/uploads/2020/08/50.analyse-Cantous.pdf>

Fleming, R., Zeisel, J., & Bennett, K. (2020a). *World Alzheimer Report 2020: Design Dignity Dementia: Dementia-Related Design and the Built Environment*. Alzheimer's Disease International, 1.  
URL : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020/>

Fleming, R., Zeisel, J., & Bennett, K. (2020b). *World Alzheimer Report 2020: Design Dignity Dementia : Dementia-related Design and the Built Environment*. Alzheimer's Disease International, 2.  
URL : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020/>

Observatoire Wallon de la Santé. (2014). *Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation*. Service Public de Wallonie, 5.  
URL : <https://www.police.be/5306/5313/sites/5306/files/attachments/OWS%20WS%205.pdf>

Van Audenhove, C., Spruytte, N., Detroyer, E., De Coster, I., Declercq, A., Ylieff, M., Squelard, G., & Missotten, P. (2009). *Les Soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : Perspectives et enjeux*. Fondation Roi Baudouin. URL : <http://hdl.handle.net/2268/72315>

## *Thèse de doctorat*

---

Labarchède, M. (2021). *Les Espaces de la maladie d'Alzheimer : Conditions de vie, hébergement et hospitalité* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. Theses.  
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03193397>

## *Communication à congrès*

---

Alzheimer, A. (1906). *Über einen eigenartigen, schweren Erkrankungsprozess der Hirnrinde*. Papier présenté à l'Assemblée générale des psychiatres du sud-ouest de l'Allemagne.

## *Dictionnaire*

---

Larousse. (2020). Maladie d'Alzheimer. Dans Le dictionnaire Larousse. URL : [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie\\_d\\_Alzheimer/2641#:~:text=Affection%20neurologique%20chronique%2C%20d'%C3%A9volution,un%20Alzheimer%20ou%20un%20alzheimer.](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maladie_d_Alzheimer/2641#:~:text=Affection%20neurologique%20chronique%2C%20d'%C3%A9volution,un%20Alzheimer%20ou%20un%20alzheimer.))

Dessouroux. E. (Réalisateur et présentateur). (2014). BAEV / Home Roi Baudouin [Saison 9, Épisode 11]. Dans E. Dessouroux (Réalisateur). *Archi Urbain*. Les Délires Production.  
URL : [https://www.youtube.com/watch?v=Ie\\_XIu-3VQ8](https://www.youtube.com/watch?v=Ie_XIu-3VQ8)

## Sites internet

---

Agentschap zorg en gezondheid. (2021). *Nieuw dementieplan 2021-2025*. zorg-en-gezondheid.be. Consulté le 22 juillet 2022 sur <https://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuw-dementieplan-2021-2025>

Alzheimer Europe. (s.d.). *National Dementia Strategies: Belgium Flanders*. alzheimer-europe.org. Consulté le 20 juillet 2022 sur <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies/belgium-flanders>

Alzheimer Europe. (s.d.). *National Dementia Strategies: Belgium Wallonia*. alzheimer-europe.org. Consulté le 20 juillet 2022 sur <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies/belgium-wallonia>

Huis Perrekes (s.d.). *Point de vue*. perrekes.be. Consulté le 26 juillet 2022 sur <https://perrekes.be/fr/vision/point-de-vue/>

Ligue Alzheimer ASBL. (s.d.). *Description de la maladie d'Alzheimer*. alzheimer.be. Consulté le 12 avril 2022 sur <https://fr.calameo.com/read/0008560476474bd4314ed>

McLaughlin, N. (2016). *Losing Myself, Biennale Architettura Venice*. niallmclaughlin.com. Consulté le 27 juin 2022 sur <https://www.niallmclaughlin.com/projects/losing-myself-biennale-venice/>

NUarchitectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. nuarchitectuuratelier.com. Consulté le 28 juillet 2022 sur <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Démences*. who.int. Consulté le 11 juillet 2022 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Chrysikou, E., Tziraki, C., & Buhalis, D. (2017). Co-creating Integrated Health-hospitality Hybrids for Across the Lifespan [conférence]. Proceedings: Cornell Symposium: Hospitality, Health & Design HHDS2016 In Search of a Healthy Future.

## Magazines

---

Boie, G. (2020). Repenser la « maison de lits ». *A+ architecture in Belgium*, 283, 41-46.

Van den Bergh, G. (2018). Une maison pour tous. *A+ architecture in Belgium*, 273, 22-26.

## Document juridique

---

Ministère de la Région wallonne. (1997). *Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge*. URL : [https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/1999/01/27\\_1.pdf](https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/1999/01/27_1.pdf)

# Table des figures

---

- Figure 1 Extrait de la chanson *Mad As A Hatter* de Larkin Poe, une chanson sur la démence et la perte de personnalité qui va avec.  
©Larkin Poe
- Larkin Poe, & Nu Deco Ensemble. (2021) *Mad As Hatter* [Chanson] Tricky-Woo Records. URL : <https://www.youtube.com/watch?v=Xn0kknsmV4>
- Figure 2 Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démence lors de l'exposition *Losing Myself* à la 15<sup>e</sup> Biennale de Venise.  
© Níall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou
- Overstreet, K. (2016). *Losing Myself: The Irish Exhibition at the 2016 Venice Architecture Biennale*. [archdaily.com](http://archdaily.com). Consulté le 15 février 2022 sur [https://www.archdaily.com/787485/losing-myself-the-irish-exhibition-at-the-2016-venice-architecture-biennale?ad\\_source=myarchdaily&ad\\_medium=bookmark-show&ad\\_content=current-user](https://www.archdaily.com/787485/losing-myself-the-irish-exhibition-at-the-2016-venice-architecture-biennale?ad_source=myarchdaily&ad_medium=bookmark-show&ad_content=current-user)
- Figure 3 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°1  
© Xavier De Lanève
- Inspiré du travail sur la démence de Magdalena Szczesniak
- Figure 4 Simulation de la vision d'une personne malade d'Alzheimer et atteinte de troubles visio-spatiaux  
©Thomas M . Laudate
- Cronin-Golomb, A. (2014). Visuospatial Function in Alzheimer's Disease and Related Disorders. Dans A. E. Budson, & N. W. Kowall (Eds.), *The Handbook of Alzheimer's Disease and Other Dementias* (pp. 457-482). Wiley Blackwell.
- Figure 5 Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démences lors de l'exposition *Losing Myself*.  
© Níall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou
- McLaughlin, N & Manolopoulou, Y. (2016). *Milky Surface*. [losingmyself.ie](http://losingmyself.ie). Consulté le 15 février 2022 sur <http://www.losingmyself.ie/pages/milky-surface/>

- Figure 6 Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool. Alexandra Cool a passé du temps avec douze personnes atteintes de démences. Un fois rentrée dans son atelier, elle a tenté de reproduire les bustes ces personnes et de retranscrire leur condition. Les bustes ont été immortalisés par Mirjam Devriendt et retransmettent les pensées floues des personnes malades.  
©Mirjam Devriendt  
©Alexandra Cool
- Cool, A. (2017). *The Time Being*. alexandracool.com. Consulté le 22 juillet 2022 sur <http://alexandracool.com/index.php/the-time-being/>
- Figure 7 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°2  
© Xavier De Lanève
- Figure 8 Photographie du mur de la prison de Verviers depuis le parc de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 9 Dessin de la situation des résidents selon Erwing Goffman  
© Xavier De Lanève
- Figure 10 Exercice de représentation de l'espace par les personnes atteintes de démences lors de l'exposition *Losing Myself*.  
© Níall McLaughlin & Yeoryia Manolopoulou
- McLaughlin, N & Manolopoulou, Y. (2016). *Social Drawings*. losingmyself.ie. Consulté le 15 février 2022 sur <http://www.losingmyself.ie/pages/social-drawings/>
- Figure 11 Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool. Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt & ©Alexandra Cool
- Cool, A. (2017). *The Time Being*. alexandracool.com. Consulté le 22 juillet 2022 sur <http://alexandracool.com/index.php/the-time-being/>
- Figure 12 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°3  
© Xavier De Lanève

Figure 13 Ensemble de photographies de Maja Daniels. Maja Daniels a passé trois ans à photographier le quotidien des résidents d'un service Alzheimer dans une maison de repos en France. Son travail est utilisé pour illustrer le besoin d'une normalisation de l'architecture.  
© Maja Daniels

Alzheimer-Architecture. (s.d.). *Photographer MajaDaniels spent three years documenting the residents of Alzheimer's ward in France*. [alzheimer-architecture.nl](https://alzheimer-architecture.nl). Consulté le 16 mai 2022 sur <https://alzheimer-architecture.nl/2015/08/14/photographer-maja-daniels-spent-three-years-documenting-the-residents-of-an-alzheimers-ward-in-france/>

Figure 14 Photographie de l'espace de circulation de la maison de repos De Drie Platanen à Ostende.  
© Bovenbouw Architectuur & © Filip Dujardin

Bovenbouw Architectuur. (2019). *A Care Home, De Drie Platanen Ostend*. [bovenbouw.be](https://bovenbouw.be). Consulté le 22 juillet 2022 sur <https://bovenbouw.be/projects/a-care-home-de-drie-platanen-ostend/>

Figure 15 Photographie de l'espace de circulation de la maison de repos Leonardo Da Vinci à Welkenraedt  
© Baumans Deffet Architecture et Urbanisme  
©Alain Janssens

Baumans Deffet Architecture et Urbanisme. (2016). *Maison de repos*. [baumans-deffet.be](https://baumans-deffet.be). Consulté le 22 juillet 2022 sur [http://baumans-deffet.be/fr/projets/all/maison\\_de\\_repos/172/](http://baumans-deffet.be/fr/projets/all/maison_de_repos/172/)

Figure 16 Photographie de l'espace de vie de la maison de soins De Korenbloem à Courtrai  
© Sergison Bates architects & © Stefan Müller

Wilson, R. (2019). *Sergison Bates completes sheltered housing for young dementia sufferers in Belgium*. [architectsjournal.co.uk](https://www.architectsjournal.co.uk). Consulté le 25 juillet 2022 sur <https://www.architectsjournal.co.uk/buildings/sergison-bates-completes-sheltered-housing-for-young-dementia-sufferers-in-belgium>

- Figure 17 Photographie d'une chambre de le maison de repos Les Jardins de la Mémoire à Anderlecht.  
© Les Jardins de la Mémoire
- Les Jardins de la Mémoire. (s.d.). *Les Jardins de la Mémoire*. korian.be. Consulté le 12 juin 2022 sur <https://www.korian.be/fr/maisons-de-repos-et-de-soins/kor/69-tuinen-van-herinnering>
- Figure 18 Photographie d'une chambre de la maison de soins De Korenbloem à Courtrai  
© Sergison Bates architects & © Danko Stjepanovic
- Sergison Bates architects. (2019). *De Korenbloem sheltered housing, Kortrijk, Belgium, 2019*. sergisonbates.com. Consulté le 25 juillet 2022 sur <https://sergisonbates.com/en/projects/sheltered-housing-kortrijk>
- Figure 19 Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool.  
Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt & ©Alexandra Cool
- Cool, A. (2017). *The Time Being*. alexandracool.com. Consulté le 22 juillet 2022 sur <http://alexandracool.com/index.php/the-time-being/>
- Figure 20 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°4  
© Xavier De Lanève
- Figure 21 Photographie de la cafétéria de l'ensemble résidentiel et de soins Gitschotelhof Borgerhout à Anvers  
© Collectief Noord & © Dennis De Smet
- Collectief Noord. (2019). *Woonzorgcampus Gitschotelhof Borgerhout\_fase 1 & 2*. collectiefnoord.be. Consulté le 7 juillet 2022 sur [http://collectiefnoord.be/projecten/woonzorgcampus-gitschotelhof-borgerhout\\_fase-1/](http://collectiefnoord.be/projecten/woonzorgcampus-gitschotelhof-borgerhout_fase-1/)
- Figure 22 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°5  
© Xavier De Lanève
- Figure 23 Photographie de la place du Village Landais de Dax en France  
© Nord Architects
- 11h45. (s.d.). *Nord Architects // Village Alzheimer*. 11h45.com. Consulté le 18 juillet 2022 sur <https://www.11h45.com/nord-architects-village-alzheimer/>

- Figure 24 Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool.  
Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt & ©Alexandra Cool
- Cool, A. (2017). *The Time Being*. alexandracool.com.  
Consulté le 22 juillet 2022 sur <http://alexandracool.com/index.php/the-time-being/>
- Figure 25 Implantation de la résidence Saint-Joseph  
Image de base © Google Earth  
Représentation © Xavier De Lanève
- Figure 26 Dessin axonométrique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 27 Dessin du plan de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 28 Photographie du couloir de l'unité spécifique de la  
résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 29 Photographie du couloir de l'unité spécifique de la  
résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 30 Dessin schématique du couloir de l'unité spécifique de  
la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 31 Photographie du couloir de l'unité spécifique de la  
résidence Saint-Joseph.  
© Xavier De Lanève
- Figure 32 Croquis réalisé In Situ de l'espace de vie sud de l'unité  
spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 33 Photographie l'espace de vie sud de l'unité spécifique de  
la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 34 Photographie l'espace de vie sud de l'unité spécifique de  
la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 35 Photographie l'espace de vie central de l'unité spécifique  
de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 36 Photographie l'espace de vie central de l'unité spécifique  
de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 37 Photographie l'espace de vie central de l'unité spécifique  
de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève

- Figure 38 Photographie l'espace salon de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 39 Photographie l'espace salon de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 40 Photographie d'un meuble situé dans l'espace de vie central de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 41 Photographie d'un fauteuil situé dans l'espace salon de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 42 Photographie du sol du couloir de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 43 Photographie d'un luminaire nocturne de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 44 Schéma d'éclairage naturelle de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 45 Photographie d'une chambre d'un résident de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 46 Photographie d'une chambre avant qu'elle ne soit attribuée à un résident de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© ALTIPLAN°architects
- ALTIPLAN°architects. (2014). *Saint-Joseph Resthome*. [altiplan.eu](https://www.altiplan.eu). Consulté le 12 juin 2022 sur <https://www.altiplan.eu/project/saint-joseph-resthome/?cat=healthcare>
- Figure 47 Photographie de l'espace d'entrée et sortie de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 48 Photographie de la porte d'entrée et sortie de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 49 Photographie de la terrasse de l'espace de vie central de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève

- Figure 50 Photographie de la terrasse de l'espace de vie sud de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 51 Schéma des différentes terrasses de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 52 Photographie de la terrasse de l'espace de vie central de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 53 Photographie de la terrasse de l'espace de vie central de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 54 Photographie de la terrasse de l'espace salon de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 55 Photographie de la terrasse de l'espace de vie sud de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 56 Photographie du parc de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 57 Photographie de la résidence Saint-Joseph  
©Xavier De Lanève
- Figure 58 Photographie du mur de la prison de Verviers depuis le parc de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 59 Photographie de la résidence Saint-Joseph depuis la rue Donckier  
© Xavier De Lanève
- Figure 60 Implantation de la résidence Roi Baudouin  
Image de base © Google Earth  
Représentation © Xavier De Lanève
- Figure 61 Dessin axonométrique de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
© Xavier De Lanève
- Figure 62 Dessin du plan de l'unité spécifique de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève
- Figure 63 Schéma des différents sous-espaces de l'espace de vie de la résidence Saint-Joseph  
© Xavier De Lanève

- Figure 64 Photographie de la cuisine de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 65 Photographie de l'espace de repas de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Archipelago
- Archipelago. (2015). *Résidence Roi Baudouin*.  
archipelago.be. Consulté le 17 mai 2022 sur <https://archipelago.be/fr/projets/>
- Figure 66 Photographie de l'espace salon de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Archipelago
- Archipelago. (2015). *Résidence Roi Baudouin*.  
archipelago.be. Consulté le 17 mai 2022 sur <https://archipelago.be/fr/projets/>
- Figure 67 Photographie de la cuisine de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 68 Photographie de l'espace intime courbé de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 69 Schéma d'organisation de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
© Xavier De Lanève
- Figure 70 Photographie du mobilier sur mesures de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 71 Photographie de l'espace de circulation et du mobilier sur mesures de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 72 Photographie de l'espace de circulation et du mobilier sur mesures de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 73 Photographie du mobilier sur mesures de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 74 Photographie de la sortie de secours de l'espace de vie de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève

- Figure 75 Schéma d'éclairage naturelle de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
© Xavier De Lanève
- Figure 76 Photographie d'une baie depuis l'extérieur de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 77 Photographie d'une baie depuis l'extérieur de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 78 Photographie du parement extérieur de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 79 Photographie du mobilier d'une chambre de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 80 Photographie d'un sanitaire d'une des chambres de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 81 Photographie du bureau du personnel de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 82 Schéma de l'espace extérieur de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
© Xavier De Lanève
- Figure 83 Photographie de la façade coté rue de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 84 Photographie de l'espace extérieur et de la façade intérieure de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 85 Photographie de l'espace extérieur et de la façade intérieure de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 86 Photographie du parc public attenant à la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 87 Photographie de la cafétéria de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève

- Figure 88 Photographie de l'espace extérieur et de la façade intérieure de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 89 Photographie de la façade coté rue l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin et des maisons voisines  
©Xavier De Lanève
- Figure 90 Photographie de la façade intérieure de l'unité spécifique de la résidence Roi Baudouin  
©Xavier De Lanève
- Figure 91 Implantation de la Villa de Huis Perrekes  
Image de base © Google Earth  
Représentation © Xavier De Lanève
- Figure 92 Photographie de la Villa de la Huis Perrekes depuis le centre du village d'Oosterlo  
©Xavier De Lanève
- Figure 93 Dessin axonométrique de la Villa de la Huis Perrekes et de son espace extérieur  
© Xavier De Lanève
- Figure 94 Dessin du plan de la Villa de la Huis Perrekes  
© Xavier De Lanève
- Figure 95 Croquis réalisé In Situ de l'espace de vie de la Villa de la Huis Perrekes  
© Xavier De Lanève
- Figure 96 Photographie de la pièce centrale de l'espace de vie de la Villa de la Huis Perrekes  
©Michiel De Cleene
- Vlaamsbouwmeester. (s.d.). *Laureaat: NU architectuuratelier*. vlaamsbouwmeester.be. Consulté le 12 mars 2022 sur <https://vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/open-oproep/projecten/oo2105-oosterlo-oosterlo-%E2%80%93-huis-perrekes>
- Figure 97 Photographie de la pièce centrale de l'espace de vie de la Villa de la Huis Perrekes  
©Stijn Bollaert
- NU architectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. Consulté le 20 mai 2022 sur <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>
- Figure 98 Croquis de l'enfillement des espaces de vie de la Villa de la Huis Perrekes  
© Xavier De Lanève

Figure 99 Photographie de la cuisine de la Villa de la Huis Perrekes  
©Stijn Bollaert

NU architectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. Consulté le 20 mai 2022 sur <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Figure 100 Photographie de la cuisine de la Villa de la Huis Perrekes  
©Stijn Bollaert

NU architectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. Consulté le 20 mai 2022 sur <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Figure 101 Photographie de l'espace de circulation amenant aux chambres de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève

Figure 102 Photographie de l'espace de circulation amenant aux chambres de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève

Figure 103 Dessin en coupe de l'espace circulation allant de l'espace de vie aux chambres  
©Xavier De Lanève

Figure 104 Photographie de l'espace séjour d'un appartement de la Villa de la Huis Perrekes  
©Michiel De Cleene

Vlaamsbouwmeester. (s.d.). *Laureaat: NU architectuuratelier*. [vlaamsbouwmeester.be](https://vlaamsbouwmeester.be). Consulté le 12 mars 2022 sur <https://vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/open-oproep/projecten/oo2105-oosterlo-oosterlo-%E2%80%93-huis-perrekes>

Figure 105 Photographie de l'espace de circulation amenant aux appartements de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève

Figure 106 Photographie du lit berceau lors de l'exposition *Illuminations* par ISLANDS  
©Xavier De Lanève

Figure 107 Photographie du lit berceau double situé dans un appartement de la Villa de la Huis Perrekes  
©Stijn Bollaert

NU architectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. Consulté le 20 mai 2022 sur <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

- Figure 108 Schéma d'éclairage naturelle de la Villa de la Huis Perrekes  
© Xavier De Lanève
- Figure 109 Photographie de la salle de musique de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 110 Photographie de salle de physiothérapie de la Villa de la Huis Perrekes  
©Michiel De Cleene
- Vlaamsbouwmeester. (s.d.). *Laureaat: NU architectuuratelier*. vlaamsbouwmeester.be. Consulté le 12 mars 2022 sur <https://vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/open-oproep/projecten/oo2105-oosterlo-oosterlo-%E2%80%93-huis-perrekes>
- Figure 111 Photographie de l'espace de circulation amenant à l'espace de vie de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 112 Schéma de l'espace de circulation de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 113 Schéma de l'espace extérieur de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 114 Photographie de la barrière entre l'espace public et le parc de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 115 Photographie de l'espace extérieur de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 116 Photographie de l'extension de la Villa de la Huis Perrekes  
©Michiel De Cleene
- Vlaamsbouwmeester. (s.d.). *Laureaat: NU architectuuratelier*. vlaamsbouwmeester.be. Consulté le 12 mars 2022 sur <https://vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/open-oproep/projecten/oo2105-oosterlo-oosterlo-%E2%80%93-huis-perrekes>
- Figure 117 Photographie de l'espace extérieur de la Villa de la Huis Perrekes, détail de mobilier  
©Xavier De Lanève
- Figure 118 Photographie de l'espace extérieur de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève

- Figure 119 Coupe schématique du pavillon polyvalent de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 120 Photographie du pavillon polyvalent de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 121 Schéma du positionnement de l'espace destiné au personnel et vues possibles  
©Xavier De Lanève
- Figure 122 Photographie de la Villa depuis le parc  
©Xavier De Lanève
- Figure 123 Photographie du parement de l'extension de la Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 124 Photographie d'un autre établissement de la Huis Perrekes situé au centre du village d'Oosterlo  
©Xavier De Lanève
- Figure 125 Photographie de la Villa depuis le parc  
©Xavier De Lanève
- Figure 126 Ensemble de schémas de composition des trois résidences, de gauches à droite, résidence Saint-Joseph, résidence Roi Baudouin, Villa de la Huis Perrekes  
©Xavier De Lanève
- Figure 127 Triptique composé des figures 40, 73 et 97  
©Xavier De Lanève & ©Stijn Bollaert
- Figure 128 Photographie d'une sculpture d'Alexandra Cool.  
Alexandra Cool  
©Mirjam Devriendt & ©Alexandra Cool
- Cool, A. (2017). *The Time Being*. alexandracool.com. Consulté le 22 juillet 2022 sur <http://alexandracool.com/index.php/the-time-being/>
- Figure 129 Encre de chine sur papier : travail graphique de pensées brouillées n°6  
© Xavier De Lanève
- Figure 130 Dessin de femme et d'homme  
© Xavier De Lanève



# Annexes

---

## Annexe I

---

Questions posées à la direction de chaque établissement lors de la visite

- 1 Depuis quand existe l'unité spécifique/l'établissement spécialisé ?
- 2 Combien de résidents vivent dans l'unité spécifique/l'établissement spécialisé ?
- 3 Combien de chambres compte l'unité spécifique/l'établissement spécialisé ?
- 4 Les résidents peuvent-ils accéder à leur chambre à tout moment ?
- 5 Les résidents ont-ils accès à un espace extérieur à tout moment ? L'accès est-il libre ou un accompagnement est-il nécessaire ?
- 6 Avez-vous observé des conflits d'usage ? C'est-à-dire des situations où les aménagements faits pour le bien-être des résidents empêchent ou rendent plus compliqué le travail au quotidien ?
- 7 Comment le risque de fuite d'un résident est-il géré ? Via quel système ?
- 8 Les résidents peuvent-ils accéder à la cafétéria de la résidence (s'il y en a une) ? Si oui, dans quelles conditions ?
- 9 Quand et comment le résident peut-il recevoir de la visite ?
- 10 Les résidents peuvent-ils apporter leurs meubles dans la chambre ?
- 11 Les résidents peuvent-ils repeindre les murs de leur chambre et accrocher des objets au mur ?
- 12 Les résidents ont-ils accès à un réfrigérateur ?

Nom de l'établissement :

Nombre de résidents :

Date :

Adresse :

Type d'établissement :

Université de Liège

Personne de référence et coord :

m<sup>2</sup> accessibles aux résidents :

Faculté d'architecture

DE LANEVE Xavier

Caractéristiques	Notes / Observations	Croquis / Photos
<b>1. Espaces accessibles aux résidents</b>		
<b>a. Dispositions générales planimétriques</b>		
Orientation générale du plan (Buter & Marquardt, 2021, p.37)		
Forme générale du plan (Buter & Marquardt, 2021, p.37) (Marquardt, 2011)		
Situation par rapport aux sources sonores (route) (Feddersen, Ludtke, 2014)		

Caractéristiques	Notes / Observations	Croquis / Photos
<b>1. Espaces accessibles aux résidents</b>		
<b>a. Dispositions générales planimétriques</b>		
Schéma de circulation d'une chambre au lieu de vie commune : longueur de cheminement, nombres de portes, de croisements (Marquardt, 2011)		
<b>b. Atmosphère générale et interactions avec l'environnement</b>		
Un sentiment de « normalité » est-il désiré et quels sont les signes de cette normalité ? Homelike, caractère non institutionnel (Buter & Marquardt, 2021, p.51) (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
L'endroit est-il calme ? présence d'éléments perturbateurs ? (Day, Carreon & Stump, 2000) Niveau de bruit ? (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
Existe-il des espaces proposant différents niveaux de stimulation environnemental et l'isolement ? (Buter & Marquardt, 2021, p.51)		

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
b. Atmosphère générale et interactions avec l'environnement		
Un schéma de voisinage entre chambres est-il mis en place ? Les espaces d'entrée des chambres sont-ils appropriables (portes, lumières, meubles) (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009) (Day, Carreon & Stump, 2000)		

c. Disposition générale d'orientation		
Principe holistique, le schéma d'orientation est réfléchi de façon à englober l'entièreté du bâtiment et des espaces accessibles (Buter & Marquardt, 2021, p.45)		
Présence d'éléments signalétiques particuliers (grande typographie, utilisation d'image ou de logo, couleur, personnalisation, vue sur des espaces communs, espaces de références) (Buter & Marquardt, 2021, p.44) (Marquardt, 2021)		
Les informations d'orientation et de risques sont-elles dédoublées pour être perceptible via plusieurs sens ? (Buter & Marquardt, 2021, p.41)		

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
c. Disposition générale d'orientation		
Présence d'éléments favorisant l'orientation temporelle (vue vers l'extérieur, horloge) (Buter & Marquardt, 2021, p.43)		

d. Généralités d'éclairage et de distinction		
La lumière naturelle est-elle maximisée ? (Buter & Marquardt, 2021, p.47) (Marquardt, 2011)		
Quelle est l'intensité lumineuse ? Peut-elle générer des conflits d'utilisation ? (Buter & Marquardt, 2021, p.47) (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
Présence de guide lumineux nocturnes ? (Buter & Marquardt, 2021, p.45)		
La couleur est-elle utilisée ? Permet-elle de mettre en avant certains éléments (sanitaires) ? (Buter & Marquardt, 2021, p.49) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
Une attention a-t-elle été portée à l'amplification du contraste entre les éléments présents dans l'espace ? (Fedderson, Ludtke, 2014) (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, 2011) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
Type de lumière ? Jaune / blanche (Fedderson, Ludtke, 2014)		

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
d. Généralités d'éclairage et de distinction		
Présence de changement brutal de luminosité ? Réflexion de lumière importante à certains endroits ? (Feddensen, Ludtke, 2014)		
e. Espaces de circulation		
Dimensions des corridors (spécifiquement la longueur, les autres relèvent de l'ergonomie) et forme générale (les espaces de circulation proposent-ils des perspectives vers des espaces spécifiques ? Il y a-t-il de multiples changements de directions ?) (Buter & Marquardt, 2021, p.37) (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, Buetter & Motzek, 2014)		
Présence d'espaces repères comme point de référence pour circuler d'un endroit à un autre. (Espaces de pause (PMR), de vue vers l'extérieur, fonction particulière) Ces espaces ont-ils une utilité et présentent un sens social pour les résidents ? (Buter & Marquardt, 2021, p.37-38) (Marquardt, 2011)		
Comment sont traités les accès aux espaces non destinés aux résidents (tech.) ? camouflage ? (Buter & Marquardt, 2021, p.41) (Day, Carreon & Stump, 2000)		

5

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
e. Espaces de circulation		
Présence de barrière visuelles ? Interprétation possible de formes ou zones d'ombres et éclairage inégal. (Buter & Marquardt, 2021, p.41)		
Mise en place d'éléments stimulant les sens ? Couleurs, textures, sons. (Ludden, van Rompay, Niederer&Tournier 2019) (Day, Carreon & Stump, 2000)		
Quel traitement sensoriel des mains-courantes ? Quelle matière ? (Ludden, van Rompay, Niederer&Tournier 2019)		

6

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
f. Espace d'entrée		
Plan, coupe ou autre document de l'espace d'entrée		
Comment les risque de « fugue » est-il géré ? <small>(Buter &amp; Marquardt, 2021, p.4)</small>		
Présence de miroir dans l'espace d'entrée ? Quel positionnement de ceux-ci ? <small>(Day, Carreon &amp; Stump, 2000)</small>		

7

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
g. Espaces de vie en commun		
Plan, coupe ou autre document de l'espace commun principal		
- Forme et ouvertures des espaces communs, avantages et problèmes liés. <small>(Buter &amp; Marquardt, 2021, p.90)</small>		
Schémas		
Schéma fonctionnel / multifonctionnel <small>(Buter &amp; Marquardt, 2021, p.90)</small>	Schéma de circulation <small>(Buter &amp; Marquardt, 2021, p.90)</small>	Répartition lumineuse <small>(Buter &amp; Marquardt, 2021, p.90)</small>

8

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
g. Espaces de vie en commun		
Acoustique générale (Buter & Marquardt, 2021, p.90)		
Environnement augmentant les opportunités de représentation personnelle des capacités via la mise en valeur d'espace de partage d'expériences (Cuisine, espace de rencontre multigénérationnel) (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009)		
Espace renvoyant au schéma de l'habitation et du bien personnel (Ludden, van Rompay, Niedderer & Tourmier 2019)		

9

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
h. Espaces de repas		
Plan, coupe ou autre document de l'espace de repas		
Les espaces de préparation sont-ils accessibles aux résidents et mis de façon à encourager la participation au processus du repas (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009)		
Comment sont organisées les tables ? Nombres de personnes par tables ? (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009)		
Les espaces de repas sont-ils privatisés ? (Day, Carreon & Stump, 2000)		
Aspect non institutionnel de l'espace de repas ? (Day, Carreon & Stump, 2000)		

10

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
h. Espaces de repas		
Espaces accessibles à tout moment par les résidents ? Frigo ou machine à café ? (Day, Carreon & Stump, 2000)		
i. Espaces extérieurs		
Schéma de l'espace extérieur (lieu de pause, de rencontre, parcours). (Feddersen, Lütke, 2014)		
Les espaces extérieurs sont-ils visibles depuis l'intérieur et accessibles aisément depuis les endroits dont ils sont vus ? (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009) (Ludden, van Rompay, Niedderer & Tournier 2019)		
Présence d'espaces semi-extérieurs ? (Feddersen, Lütke, 2014)		

11

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
i. Espaces extérieurs		
Manière dont l'espace extérieur est « fermé » ? Quelles sont les limites et leur matérialisation ? (Feddersen, Lütke, 2014)		
Les espaces extérieurs sont-ils facilement accessibles ? (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, Bueter & Motzek, 2014)		
Comment accède-t-on aux espaces extérieurs ? (Marquardt, 2011)		
j. Chambres		
Schéma de chambre		

12

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
j. Chambres		
- Les chambres sont-elles personnalisables ? Jusqu'à quel niveau ? (Cadre, organisation, meubles, peinture) (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009) (Marquardt, 2011)		
- L'entrée des chambres est marquée par des éléments graphique ? (Ludden, van Rompay, Nedderer & Toumer 2019) (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, 2011)		
- Références à la maison individuelle dans les différentes pièces ? (Day, Carreon & Stump, 2000) (Marquardt, Bueter & Motzke, 2014)		
- Quelles relations ont les chambres avec la nature en générale ? références, vue, sons, représentation, textures ? (Day, Carreon & Stump, 2000)		
- Quel type de mobilier ? (Marquardt, Bueter & Motzke, 2014)		
S'il n'a pas été possible d'accéder à une chambre, les questions ci-dessous concernant les chambres ont été posées à :		

13

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
2. Cadre du personnel soignant		
Présence de lieu de pause et de retrait par rapport aux espaces réservés aux résidents (Bueter & Marquardt, 2021, p.33)		
La vision à travers le bâtiment est-elle aisée (surveillance tacite) (Bueter & Marquardt, 2021, p.37)		
Les espaces de stockage sont positionnés en lien direct avec l'espace où se situent les résidents. (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009)		

14

<i>Caractéristiques</i>	<i>Notes / Observations</i>	<i>Croquis / Photos</i>
<b>3. Espaces des familles</b>		
Accès à des espaces privés pour accueillir des personnes extérieures ? <small>(Davis, Byers, Nay &amp; Koch, 2009)</small>		
Présence d'un espace de recueillement pour la famille lors du décès d'un résident ? <small>(Davis, Byers, Nay &amp; Koch, 2009)</small>		

Travail de fin d'études présenté par **Xavier De Lanève** en vue de l'obtention du grade de Master en Architecture

20172367

*Titre*

L'architecture des établissements résidentiels pour personnes atteintes de démences : comment les spécificités architecturales peuvent-elles être mises en œuvre ? Étude comparative de modèles présents en Belgique

*Sous la direction* du professeur Stéphane Dawans

*Année académique* 2021-2022

*Université de Liège, Faculté d'Architecture*

*Caractères typographiques*

- Minion Pro de Robert Slimbach pour Adobe
- Palatino de Hermann Zapf pour D. Stempel AG



*Août* 2022

