

Retour d'expérience de la transformation domiciliaire d'une unité de psychogériatrie

Feedback from the homelike transformation of a special care unit

FANY CÉRÈSE¹
SANDY MAIRE-RENZULLI²
RAPHAELA SCHRACK³

¹ architecte, Atelier AA-architecture humaine, Montpellier, France
<fany@atelier-aa.fr>

² psychomotricienne experte, Montpellier, France

³ architecte-designer, Pradines, France

Correspondance : F. Cérèse

Résumé. Le présent article décrit un projet de transformation domiciliaire d'une unité de psychogériatrie, de sa conception à son évaluation post-occupationnelle. Une immersion ethnographique et une phase de concertation ont été menées pour identifier les besoins des différents usagers. Après la réalisation des travaux, une nouvelle évaluation a été effectuée, montrant une bonne appropriation des espaces de vie, une participation active des résidents, une diminution des troubles du comportement, une grande satisfaction des professionnels et des familles. Toutefois, la création d'un environnement domestique implique une prise de risque qui peut générer chez certains professionnels une peur et des interdictions envers les résidents. Au-delà des aspects architecturaux, il est nécessaire de réfléchir aux valeurs et aux modalités d'accompagnement pour créer les conditions d'un environnement où les personnes peuvent se sentir chez elles.

Mots-clés : domesticité, architecture, participation, personnes âgées, accompagnement, maladies neuro-évolutives

Abstract. *The article presents the entire project process of a residential transformation of a special care unit as well as the results of a post-occupancy evaluation. Initially, an ethnographic immersion and a consultation phase made has highlighted the various problems and issues which were the basis of the architectural project. Once the rehabilitation works was done and after a period of use of the new spaces, we wanted to assess the effects of this spatial transformation through a new immersion and a survey of users (residents, families, caregivers). Observation shows good appropriation of living spaces and participation of residents in daily life, as well as a reduction in behavioral disturbances. Caregivers expressed great satisfaction with their new work environment, better involvement and a change in their representations on residents. The families expressed great enthusiasm and satisfaction, especially because of the reduction of their feeling of guilt due to the placement of their loved one in the institution. It seems that all these improvements are linked to the fact that this new environment qualified of "beautiful," "homelike" is a source of well-being and appeasement. However, the creation of a domestic environment implies the acceptance of a risk-taking, not always assumed, which generates fear to some caregivers, what ends with prohibitions towards residents. Beyond architectural aspects, creating the conditions for people to feel at home involves thinking about values and support methods.*

Keywords: *homelike environment, architecture, participation, elderly people, special care unit*

Le virage domiciliaire : le futur des établissements du grand âge ?

Dans un contexte de transition démographique où le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va fortement augmenter [1], mais aussi de changement générationnel avec l'arrivée des *boomers* au grand âge, tout appelle à une révolution de l'offre d'habitat et d'accompagnement pour les personnes qui avancent en âge [2].

Si les personnes qui avancent en âge souhaitent avant tout vivre et mourir chez elles et que des politiques et services de maintien à domicile se développent en ce sens, il

n'en reste pas moins que 108 000 seniors de plus seraient attendus en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) d'ici à 2030 [1].

Pour autant, l'écart entre les aspirations des personnes et ce qui leur est donné à vivre en institution est grand, ce qui fait de l'Ehpad le plus souvent une solution de repli, à faible désirabilité. Entre la crise sanitaire et les dernières polémiques en France et dans ses pays voisins [3], tout appelle à un changement radical de modèle. Si la transformation domiciliaire des Ehpad s'est imposée notamment grâce à de récentes publications [4], ce changement de paradigme est documenté et argumenté depuis de nombreuses années en France [5] et s'est inscrit dans les

politiques publiques et orientations nationales depuis le chapitre prospectif « Pour une société inclusive ouverte à tous » publiée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2018 [6].

Cette nouvelle acception s'inscrit également dans les recommandations internationales actuelles, qui s'appuient notamment sur la preuve qu'un aménagement domestique des lieux de vie est propice à une meilleure qualité de vie en institution, et à une diminution de la manifestation des troubles du comportement [7, 8].

En effet, quel que soit l'âge et le niveau de dépendance, la possibilité d'habiter un lieu et de ne pas en être simplement résident ou hébergé est une condition essentielle de l'épanouissement personnel [9], un vecteur de santé humaine [10].

Plusieurs établissements se sont engagés dans cette voie il y a quelques années déjà. Il nous a semblé intéressant de capitaliser l'expérience acquise lors d'expérimentations menées dans ce qu'il est désormais commun de nommer « la logique domiciliaire » à l'heure de sa généralisation, notamment permise par le déblocage des fonds d'investissement du Segur de la santé.

L'institut Hélio Marin, une structure engagée dans cette transformation

Parmi ces établissements, on compte l'Institut Hélio Marin, hôpital gériatrique implanté à Labenne dans les Landes, composé de six unités de long séjour (90 résidents), deux unités de soins de suite et de réadaptation (30 patients) et quatre unités de psychogériatrie (60 résidents). Malgré les intentions initiales de faire de ce lieu une véritable maison pour les futurs occupants, l'établissement, reconstruit en 2006, est encore marqué par une architecture et un fonctionnement très sanitaires.

En 2017, la structure répond à l'appel à projets lancé par la Fondation de France « Humanisation des soins » [11] dans l'objectif de réaménager les unités psychogériatriques pour retranscrire la chaleur d'un foyer, afin de permettre aux personnes de se sentir chez elles. Il est baptisé *Lou Edredoun* sur la suggestion d'une résidente (en patois « l'édredon »).

Si la commande initiale était de l'ordre de la décoration, se sentir chez soi ne saurait reposer uniquement sur des caractéristiques architecturales. Il y a en effet un monde entre *avoir* un chez soi et *être* chez soi. Cette dernière acception fait appel à une subjectivité personnelle qu'il

s'agit de comprendre et d'intégrer dans le processus de production des espaces de vie.

La transformation domiciliaire des lieux de vie institutionnels pour personnes âgées est donc un changement profond de paradigme qui interroge à la fois leur nature et leur finalité ; ces établissements sont-ils des espaces de soin et de travail dans lequel des résidents vivent ou des espaces de vie dans lequel des professionnels travaillent (*figure 1*) ?

Dans le cas de l'Institut Hélio Marin, la résidents alors considérés comme patients, la commande est de faire déplacer le curseur pour que les patients des unités de psychogériatrie puissent accéder au statut d'habitant dans un environnement personnalisé où l'accompagnement est centré sur la vie quotidienne.

La démarche de projet et de recherche

Bien que les effets d'un environnement domestique sur la qualité de vie des personnes âgées, notamment lorsqu'elles souffrent de maladies neurodégénératives, soient prouvés de manière scientifique, les porteurs de projets sont souvent confrontés au manque d'outils et de modèles de référence pour s'investir à bon escient dans un projet de transformation domiciliaire pour leur structure. Cet article vise à capitaliser et diffuser l'expérience acquise lors de cette expérimentation afin de permettre une généralisation de ce type de démarche et contribuer à la réflexion sur le futur des établissements.

Nous avons donc retranscrit de la manière la plus objective et fidèle possible le processus utilisé pour la transformation opérée ; les étapes, les constats initiaux, les choix architecturaux en fonction des enjeux repérés, les difficultés rencontrées, et les résultats obtenus. Cette démarche est issue de la volonté des architectes, qui ont réalisé ces aménagements et auteurs de cet article, de vérifier les hypothèses de conception, l'usage réel et la perception des espaces après travaux. Pour ce faire, ils ont mobilisé une psychomotricienne experte pour participer à l'évaluation post-occupationnelle afin d'avoir un regard neutre externe et des observations complémentaires notamment sur les expressions corporelles et le dialogue tonico-émotionnel.

Les étapes du projet

L'intervention s'est déroulée selon les étapes présentées dans la *figure 2*.

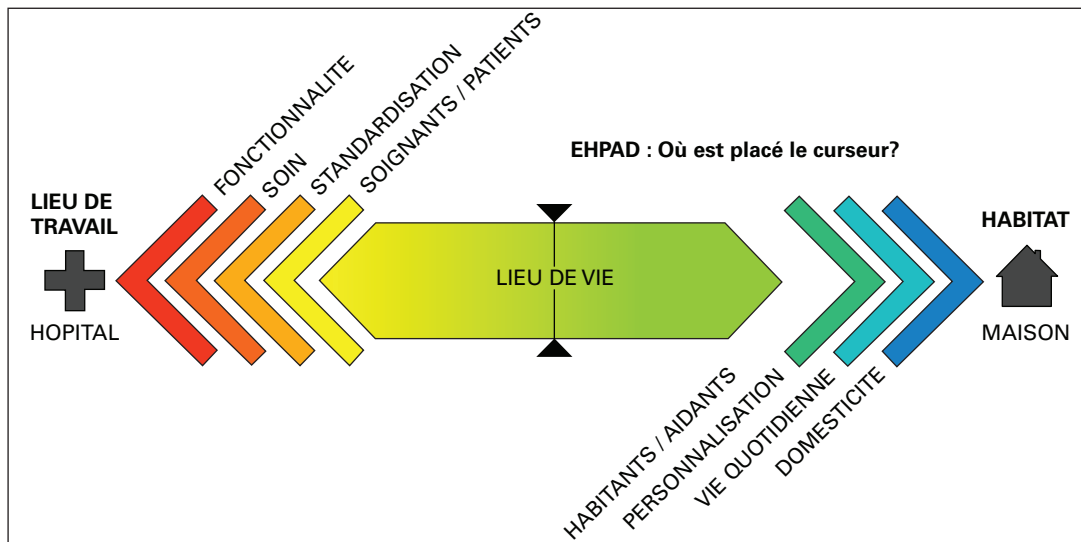


Figure 1. «L'Ehpad : entre lieu de travail et habitat» de Charras & Cérèse [12].
Figure 1. "Assisted-living facilities : between workplaces et dwelling" by Charras & Cérèse [12].

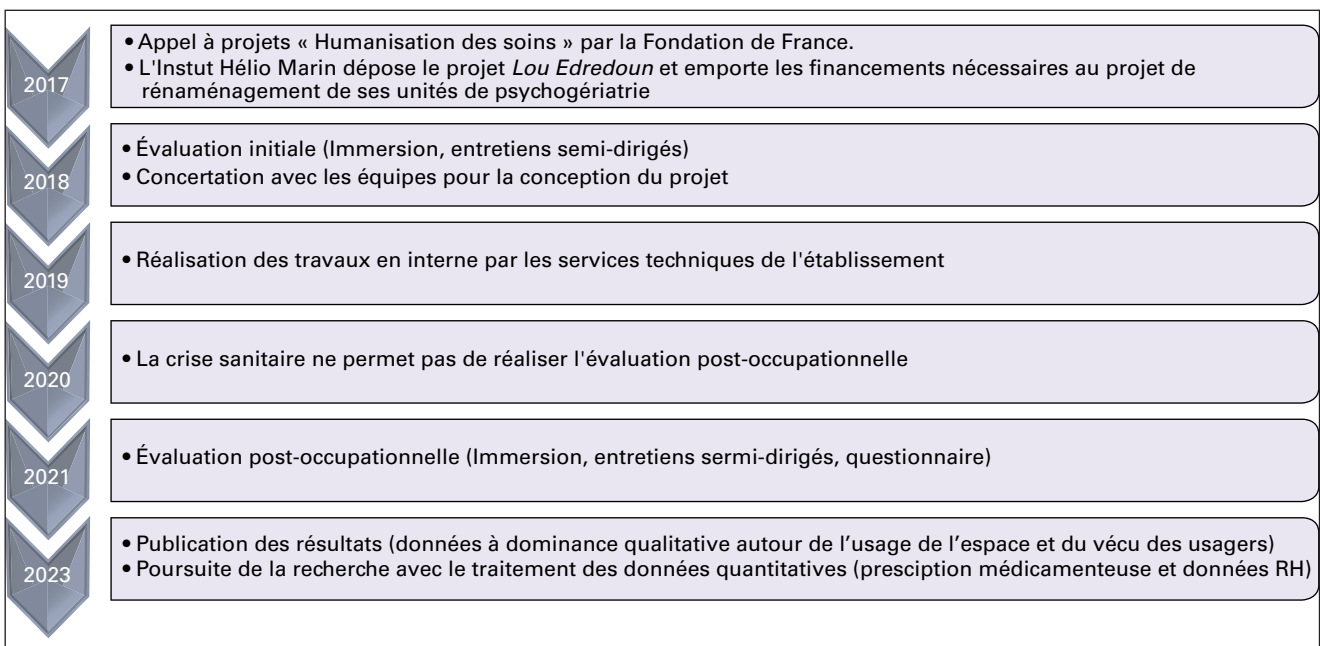


Figure 2. Étapes du projet.
Figure 2. Project stages.

Le projet a été initié par un temps de diagnostic en 2018 pour analyser les pratiques et perception de l'espace par l'ensemble des usagers (résidents, familles, professionnels). Une immersion ethnographique complétée par des entretiens avec les usagers a permis de révéler ce qui est essentiel à leurs yeux. Les données collectées ont fait l'objet d'une

restitution au comité de direction et aux professionnels permettant de définir les potentiels freins et leviers pour la mise en place de ce changement culturel. Puis, lors d'une phase de concertation, le projet a été coconstruit en réinterrogeant l'ensemble des dimensions de l'établissement (spatiale, organisationnelle, humaine, les valeurs et les modalités

d'accompagnements, le rôle et les missions de chacun) afin de faire émerger une nouvelle culture d'accompagnement où le sentiment de chez soi et la vie quotidienne aient la même importance que la sécurité et le soin.

Ce qui est ressorti de cette participation a permis d'élaborer un projet de réaménagement domestique (« comme à la maison ») centré sur les individus, leurs usages de l'espace, leur vécu.

Les travaux ainsi que l'ameublement ont été réalisés en 2019 par l'équipe technique de l'établissement dans une première unité protégée accueillant 14 résidents atteints de maladie neuro-évolutive avec troubles du comportement associés, dans une logique d'expérimentation, afin de servir de modèle et de tirer les leçons pour la transformation des autres unités (figure 3).

L'évaluation de cette intervention a été réalisée en 2021, l'accès à l'établissement étant impossible en 2020 en raison des restrictions sanitaires.

Présentation de l'intervention architecturale : vers un chez soi

L'intervention architecturale repose sur les critères définis lors de travaux de recherche doctorale précédemment menés par l'architecte [13]. Pour créer un univers domestique, « comme à la maison », la conception de l'espace doit respecter plusieurs dimensions :

- le respect de la progression du social à l'intime ;
- une échelle réduite, humaine
- recours à la structuration de l'espace pour créer de la contenance ;
- une image domestique avec le choix de mobiliers et éléments de décoration ordinaires ;
- une ambiance chaleureuse qui mobilise tous les sens (l'ouïe avec du bruit dans la cuisine, l'odeur du linge qui sèche, le toucher des mobiliers en bois massif, en cuir, l'éclairage de la maison avec des ambiances lumineuses, hétérogènes qui varient en fonction du moment de la journée et de l'usage du lieu, etc.) ;
- un usage domestique avec la possibilité pour les personnes de participer à la vie quotidienne, agir à leur guise, maîtriser leur environnement (se faire un café quand on se lève, faire un brin de vaisselle quand on en a envie, etc.). Ce dernier aspect, s'il nécessite des supports au niveau de l'espace, est celui qui mobilise le plus de réflexion autour des modalités d'accompagnement quant à la sécurité des biens et des personnes. Cela interroge les professionnels sur le regard qu'ils portent sur les personnes, sur leur mission, sur l'acceptation du risque voire la réalité de ce risque.

Nous avons établi un tableau qui synthétise dans la première colonne ce qui est ressorti du diagnostic (avec en italique des verbatim d'usagers) et dans la seconde colonne



Figure 3. Photos avant/après transformation de la salle d'activités en salon ouvert à l'entrée de l'unité.
Figure 3. Before and after photos of the activity room transformed into an open living room.

| | Dysfonctionnements | Aménagements | Réalisé |
|--|--|---|-------------------------------------|
| | ▼ Entrée, circulations et espaces collectifs | | |
| | <p>Portes d'aspect technique</p> <p>Les portes d'entrée aux unités et aux chambres ressemblent à des portes techniques</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Habillage des portes avec un revêtement effet bois • Poignées type résidentiel • Oculus rectangulaire inspiré des portes d'entrée de logements individuels ou collectifs | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | <p>Circulations sombres et d'aspect sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première vue sur un couloir donnant sur des espaces techniques et des chambres : sensation d'arriver « par l'arrière » • Zones sombres à l'entrée des unités • Espaces communs fermés à clés <p>« Dans les couloirs c'est sombre et triste à mourir »</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture du « salon » (espace clos en face de la porte d'entrée, doté de fenêtres sur patio) en abattant toutes les cloisons qui peuvent l'être. On arrive sur un espace habité et accueillant, la lumière des baies vitrées se distille dans les circulations • Revêtement muraux et de sols « domestiques » type papier peint et effet parquet • Habillage des portes de chambres avec un revêtement aspect bois en panneaux, inspiré des portes d'entrée de logements collectifs, avec des numéros de porte sobres et visibles • Suppression de barres de maintien pour permettre la mise en place de meubles | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | <p>Espaces de vie froids et dénudés</p> <p>« Salle de restaurant neutre et vide : une raison pour laquelle les familles ne viennent pas manger »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salon impersonnel • Pas de livres ou choses à regarder, à toucher, à faire seul | <ul style="list-style-type: none"> • Revêtements muraux différents et texturés (pierres, papier peint,...) pour structurer l'espace • Sol effet parquet • Mise en place de mobilier (étagères, commodes...) afin de meubler et structurer l'espace et inviter les usagers à y déposer des objets utiles et décoratifs • Suspension de dalles acoustiques et de luminaires pour compartimenter visuellement l'espace et masquer les dalles en plafond à l'esthétique très institutionnelle • Modification des luminaires pour un éclairage aux teintes chaudes de 3000 K° maximum | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | <p>Cuisine fermée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résidents n'ont pas accès à la cuisine et ne peuvent pas participer aux tâches quotidiennes <p>« Ils ont envie : on ferme à clefs pour pas qu'ils entrent »</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de la cuisine comme dans un logement, avec un bar accessible | <input type="checkbox"/> |

Figure 4. Synthèse descriptive de l'intervention architecturale réalisée
Figure 4. Descriptive summary of the architectural intervention carried out

| Dysfonctionnements | Aménagements | Réalisé |
|---|--|-------------------------------------|
| <p>Cuisine institutionnelle et hygiéniste</p> <p>Cuisine fonctionnelle à l'aspect institutionnel</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mise en peinture de l'espace Modification des façades de meubles de cuisine Remplacement des luminaires | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>Jardin sans lieux d'intérêt</p> <p>« La terrasse n'est pas accueillante »</p> <p>« On ne peut pas manger dehors, il n'y a pas assez de chaises. »</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mobilier de jardin : tables et chaises, salon de jardin et parasols. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>Locaux techniques omniprésents</p> <p>Les locaux techniques sont positionnés de manière telle que c'est la première chose que l'on voit en entrant</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mise en peinture des portes techniques d'une teinte proche du revêtement mural, alors que les portes à usage normal sont mises en avant par un revêtement chaleureux et repérable. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▼ Repérage | | |
| <p>Unités symétriques et uniformes</p> <ul style="list-style-type: none"> Unités parfaitement symétriques au couloir circulaire rendant le repérage très difficile Portes très similaires et une grande difficulté à trouver sa chambre Invisibilité de l'espace collectif depuis l'entrée, ce qui entraîne une errance des visiteurs | <ul style="list-style-type: none"> Différenciation visuelle des deux couloirs principaux Structurer chaque portion de couloir par une succession de revêtements muraux différents Dépose des mains courantes et positionnement de meubles et tableaux différents <p><i>L'ensemble de ces « outils » est placé et mis en oeuvre de façon à ce que les environs de chaque porte de chambre soient différents et à permettre de se repérer de manière informelle</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Installation d'un salon à l'entrée de l'unité | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>Chambres difficiles à repérer</p> <p>Selon les troubles de la personne, elle ne reconnaît plus que son nom de jeune fille et des photos d'elle plus jeune, les indications mises sur la porte sont alors inutiles</p> <p>« Les patients sont incapables de reconnaître leur chambre »</p> | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de petites étagères (ou vitrines) à côté de la porte d'entrée de chaque chambre pour que le résident puisse y déposer des affaires personnelles, facilitant le repérage informel de sa chambre | <input type="checkbox"/> |
| <p>WC difficiles à trouver</p> <ul style="list-style-type: none"> Signalétique WC peu visible WC difficiles d'accès en raison des chariots du repas installés devant <p>« Où sont les water s'il vous plaît ? »</p> | <ul style="list-style-type: none"> Signalétique simple et domestique sur la porte des WC Réorganisation du service et de la cuisine pour limiter l'impact des chariots repas | <input checked="" type="checkbox"/> |

Figure 4. Continued

| | Dysfonctionnements | Aménagements | Réalisé |
|------------|---|--|-------------------------------------|
| ▼ Usages | | | |
| | <p>Un repas institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dressage de table très sommaire ou inexistant : les assiettes arrivent avec le repas sur un chariot • Des fauteuils en plastique inconfortables • Des bavoirs en papier et en plastique <p>« Certains sont mis en adaptables par manque de table »</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Installation de vaisseliers afin d'encourager la mise en place de jolie vaisselle accessible à tous pour mettre la table avant l'arrivée des repas • Installation de « jolies » chaises, fauteuils confortables et de tables chaleureuses | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | <p>Nuits éclairées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résidents se lèvent la nuit et cherchent souvent les WC • La nuit, à toute heure, c'est allumé <p>Résidents : « je dors très mal » - « j'ai besoin de noir »</p> <p>Professionnels : « C'est dur de rester seul toute la nuit » - « C'est tout noir c'est flippant »</p> | Lampes d'ambiance sur pied, appliques murales et lampes de table dans les espaces de vie permettent de créer une ambiance chaleureuse en soirée et un éclairage feutré la nuit | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▼ Ressenti | | | |
| | <p>Sentiment de surveillance réciproque</p> <p>Les espaces de travail des professionnels sont vitrés sur les « lieux de vie »</p> | <p>Mise en place de masques visuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plantes • Claustres | <input type="checkbox"/> |
| | <p>Sentiment de vide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très peu d'objets de décoration ou d'ornements • Les murs et les espaces sont nus • Certaines horloges sont arrêtées • Tableaux d'affichage vides <p>Résidents : « Ici, y a plus rien, y a que cette surface là et du mobilier. »</p> <p>Professionnels : « Chez nous, y a même pas un coin salon, ya rien »</p> | <p>Mise en place de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objets de décoration • Horloges • Bibelots • Plantes • Tableaux • Livres accessibles à tous | <input checked="" type="checkbox"/> |

Figure 4. Continued

les choix d'aménagement afin de réduire les dysfonctionnements observés et créer un environnement familier propice au développement du sentiment de chez soi. Lors de l'évaluation post-occupationnelle, nous avons pu observer que certaines prescriptions n'avaient pas été réalisées (dernière colonne) (figure 4).

Au regard des contraintes budgétaires et de l'intérêt des résidents pour la vie communautaire, il a été convenu de se concentrer en premier lieu sur les espaces communs de l'unité de psychogériatrie. L'intervention sur les chambres sera planifiée ultérieurement par l'établissement (figures 5 et 6).

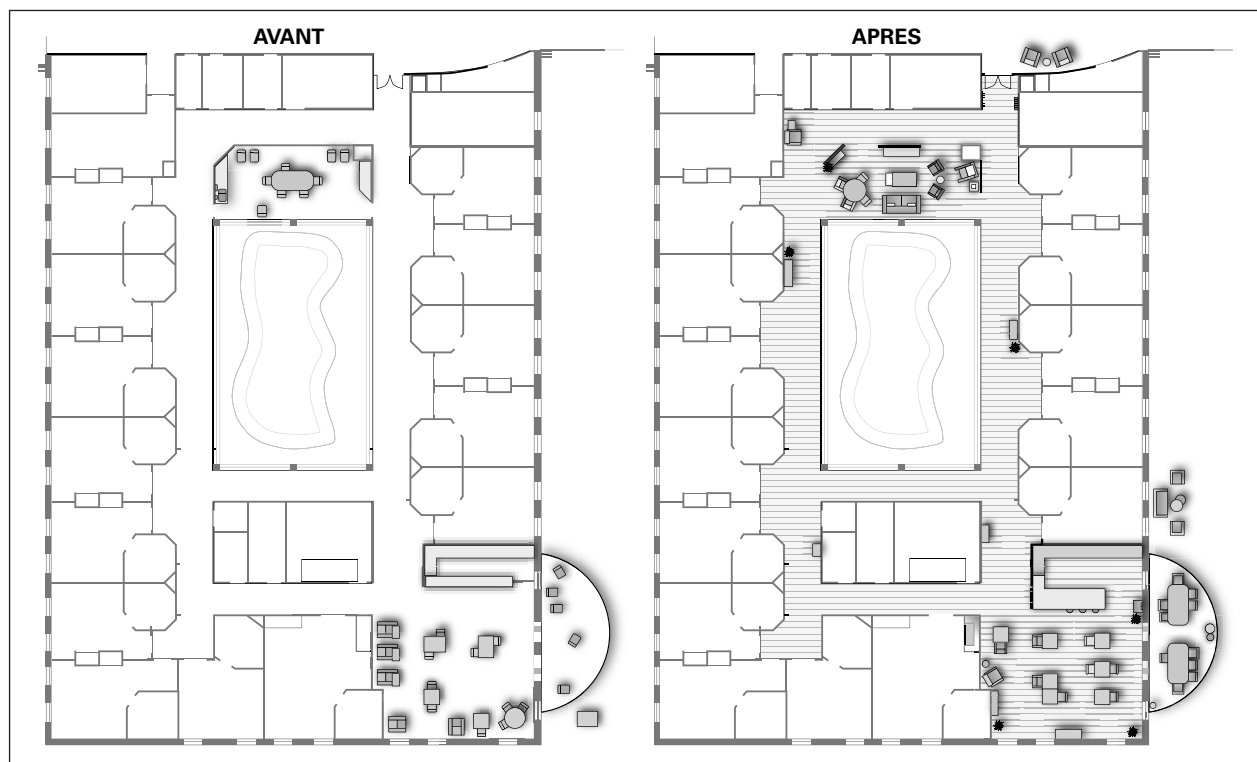


Figure 5. Plan avant vs après de l'unité réaménagée et des zones d'intervention.
Figure 5. Before and after plan of the redeveloped unit and intervention areas.



Figure 6. Photos avant/après - salle de vie collective avec cuisine ouverte.
Figure 6. Before and after photos - Group living room with open kitchen.

Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche se sont avant tout fondées sur les objectifs initiaux définis par l'établissement lui-même en 2017 pour l'appel à projets. Il s'agit de vérifier si un réaménagement architectural de type domestique au sein d'une unité de psychogériatrie peut avoir un impact positif sur :

- le bien-être des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs : moins d'agitation, moins de médicaments psychotropes et donc moins d'iatrogénie.
- le bien-être des soignants : moins d'angoisses, d'impatience, voire de maltraitance.
- le bien-être des familles : moins de culpabilité, des visites plus longues et régulières.

Partant du postulat que plus la personne s'investit psycho-corporellement dans l'aménagement de l'espace, meilleure est sa qualité de vie [14], d'autres dimensions devraient être impactées telles que :

- le développement de la participation active des résidents aux actes de la vie quotidienne ;
- l'amélioration du sentiment de chez-soi des résidents ;
- l'augmentation de l'autonomie des résidents et de la possibilité de faire des choix ;
- l'évolution du regard des professionnels sur les résidents, moins centré sur la dépendance et davantage sur les capacités préservées ;
- l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels ;
- l'amélioration de l'attractivité de cet environnement pour les professionnels dans un contexte de pénurie des soignants ;
- l'amélioration de la perception des familles sur leur proche.

Méthodologie d'évaluation

Dans cette étude comparative (avant vs après réaménagement), l'utilisation de la méthode mixte est privilégiée en ce sens que la recherche s'appuie tant sur des données quantitatives que qualitatives. L'étude s'inscrit dans une logique de recherche hypothético-déductive. Le présent article se focalise sur les données à dominance qualitative, autour de l'usage de l'espace et du vécu des différents usagers (résidents, professionnels, familles). Les auteurs visent la publication d'un article complémentaire pour le traitement des données quantitatives concernant l'impact de la transformation domiciliaire de l'unité sur la prescription médicale pour les résidents (psychotropes, contentions, etc.) et les données de ressources humaines (taux d'absentéisme, *turnover*, etc.).

La collecte des données s'est réalisée lors d'une immersion ethnographique d'une journée complète dans l'unité. L'originalité de la démarche d'évaluation repose sur le croisement de regards disciplinaires d'une architecte et d'une psychomotricienne. Lors de l'immersion, l'architecte concepteur s'intéresse à l'usage de l'espace et à ses détournements, aux appropriations, à l'appréciation des ambiances créées, à la comparaison entre le projet conçu, le projet réalisé et le projet vécu. Dans cette étude, la psychomotricienne prend une posture d'intervenant en recherche, récoltant les données de ce projet déjà entrepris depuis plusieurs années [15]. Elle s'est impliquée en tant qu'observateur externe pour l'évaluation post-travaux et en expert pour la retranscription et l'analyse des résultats. Lors des rencontres, elle s'intéresse davantage au comportement non verbal, aux manifestations psychocorporelles de chacun tels que les tensions, les émotions, les expressions mais également les silences. Il est important de combiner le verbal et le non verbal afin d'avoir une approche holistique de la personne, tant dans sa dimension affective, émotionnelle, psychique et motrice.

Ce temps d'immersion a permis de conduire des entretiens semi-dirigés sur place avec les résidents, professionnels et un bénévole (21 personnes) sur la base d'une grille préétablie au regard des hypothèses définies précédemment.

Il a ensuite été organisé un entretien semi-dirigé en groupe pour les familles en visioconférence (sept participants). À l'issue de l'entretien avec les familles, un questionnaire en ligne a été ouvert afin que d'autres désireux de s'exprimer puissent le faire. Cinq personnes y ont répondu.

En parallèle, un questionnaire en ligne a été ouvert à destination des professionnels, notamment pour approfondir certains aspects après traitement des données collectées lors de l'immersion. Un membre de la direction, un cadre de santé et un cadre technique ont répondu à cette enquête complémentaire. Des échanges, plus informels ont eu lieu avec l'équipe encadrante en vue de la bonne interprétation des données collectées (*figure 7*).

Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli. Les informations ont été traitées de manière anonyme et confidentielle.

Limites de l'étude et risques de biais

Il est essentiel de rappeler à ce stade que l'évaluation post-occupationnelle intervient deux ans après travaux, soit trois ans après l'évaluation initiale en raison de l'inaccessibilité de l'établissement pendant la crise sanitaire. Cela implique qu'au regard de la durée moyenne de séjour des

| | Nombre de répondants aux entretiens | Nombre de répondants au questionnaire | Pourcentage total |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Résidents (<i>ceux capables de s'exprimer verbalement</i>) | 4 / 15 | 0/15 | 6 % |
| Familles (<i>groupe en visioconférence</i>) | 7 / 15 | 5/15 | 17 % |
| Bénévole | 1/1 | | 1 % |
| Professionnels (<i>concernés / intervenants dans l'unité réaménagée</i>) | 16/37 | 3/37 | 28% |
| Direction | 1 / 2 | 1/2 | 3% |
| Cadre de santé | 1 / 2 | 1/2 | 3% |
| Secrétariat | 1 / 2 | | 1% |
| Psychomotricienne | 1 / 1 | | 1% |
| Docteure en pharmacie | 1 / 2 | | 1% |
| Animatrice | 1 / 1 | | 1% |
| Aide-soignante (AS)* | 5 / 9 | | 7% |
| Agent des services hospitaliers (ASH)* | 3 / 8 | | 4% |
| Assistante de vie* | 1 / 4 | | 1% |
| Accompagnant éducatif et social (AES)* | 1 / 5 | | 1% |
| Cadre technique | | 1/1 | 1% |
| Taux moyen de représentativité | 28/67 | 8/67 | 54% |

Figure 7. Nombre et qualité des répondants aux entretiens semi-directifs et au questionnaire
Figure 7. Number and quality of respondents to semi-structured interviews and questionnaire

résidents (environ deux ans et demi), la quasi-totalité des résidents présents initialement sont décédés. De même, le taux de *turn over* des professionnels fait que sur la totalité de l'équipe de l'unité, il ne reste qu'une professionnelle au moment de l'évaluation qui avait participé à la concertation initiale. Pour autant, l'ensemble de l'équipe encadrante est resté stable, ce qui a permis un suivi du projet et un regard extérieur sur les changements observés.

La comparaison opérée n'est donc pas au niveau des personnes mais des situations et de l'expérience vécue. Il ne s'agit pas de savoir si ces travaux ont amélioré le bien-être de Mme X en particulier mais si cela a impacté significativement ce qui est donné à vivre aux usagers de cette unité de manière générale.

Résultats : un long processus de transformation

Les entretiens ont permis de recueillir de nombreuses données, restituées sous l'angle de trois thématiques : la perception du lieu, le regard porté sur les résidents et sur les conditions de travail. Pour une représentation visuelle, les résultats sont présentés sous la forme de nuage de mots et de retranscription de verbatim. Le niveau de repré-

sentativité de l'échantillonnage (environ 53 %) semble représentatif par rapport à l'unité aménagée.

La perception du lieu : une belle maison

Le regard porté sur les lieux est partagé par l'ensemble des usagers. La transformation domestique du lieu a permis de passer d'un service *renfermé*, d'un *mouroir* (mots employés par la famille 4 et un bénévole) à une maison *lumineuse, agréable et belle*. La plupart des personnes interrogées ont comparé spontanément cette unité à ce que l'on pouvait trouver avant ou ailleurs. Il semble que cette différence soit perçue positivement, comme une garantie que l'expérience sera différente (*figures 8 et 9*).

Dans cet environnement, des préoccupations domestiques et une participation active des résidents émergent, comme en témoigne ce dialogue.

- C'est un lieu accueillant, paisible (famille 8).
- C'est magnifique, mais la peinture s'écaille là (résidente 1, en pointant du doigt l'endroit et en mimant les gestes praxiques de peinture).
- Oui, elle peignait beaucoup chez elle, elle a envie de refaire la peinture ici (famille 8).
- Oui, oui (résidente 1, en souriant).

On constate par ailleurs que le changement sur le lieu éveille un regard différent envers ceux qui l'habitent.

Le regard porté sur les résidents : un apaisement et des compétences

Lors de l'immersion initiale en 2018, le vocabulaire employé par les professionnels pour parler des résidents manifestait une vision réductrice des personnes soit sous



Figure 8. Nuage de mots autour du regard porté sur le lieu après travaux - taille de caractère dépendant de la récurrence dans le cadre des entretiens menés avec les résidents, les familles et les professionnels (réalisé avec Mentimeter).

Figure 8. Word cloud around looking at the place after work - character size dependent on recurrence in interviews with residents, families and professionals (made with Mentimeter).

l'angle de leur dépendance/pathologie (*les grabataires, les déambulants*), soit sous l'angle de la charge de travail qu'ils représentent pour eux (*les lourds, les légers*). Après travaux, les professionnels portent un regard plus positif sur les personnes (*figure 10*).

En effet, après travaux les résidents seraient plus *calmes, apaisés* (psychomotricienne 1, AS 4, AS 3), alors qu'ils prendraient *moins de psychotropes* (docteur en pharmacie 1). Si ces propos restent à vérifier avec les données quantitatives liées aux prises médicamenteuses, on observe moins de troubles du comportement, une diminution des pratiques de contention au fauteuil et des restrictions d'accès (avant travaux, on observait près de 50 % de personnes avec contention physique, la quasi-totalité des chambres étaient fermées à clés, ce qui n'est plus le cas après travaux).

L'ennui et l'attente des résidents ont été remplacés par la participation aux actes de la vie quotidienne, ce qui permet de conserver leur sentiment d'utilité et de maintenir leur estime d'eux-mêmes. Également, les professionnels perçoivent désormais les compétences des personnes au delà de leur seule dépendance :



Figure 9. Photo avant/après des circulations.

Figure 9. Before and after photo of the corridors.



Figure 10. Nuage de mots autour du regard porté sur les résidents par les professionnels - taille de caractère dépendant de la récurrence dans le cadre des entretiens menés avec les professionnels (réalisé avec Mentimeter).

Figure 10. Word cloud around professionals' view of residents - character size dependent on recurrence in interviews with professionals (made with Mentimeter).

- Mme X, elle aime le linge, alors on lui donne (ASH 2).
- On est plus proche d'eux. Ces dames sont vraiment impliquées dans le projet. Je suis sidérée, j'apprends beaucoup d'elles (ASH 3).

En poursuivant leurs habitudes domestiques antécédentes, les résidents s'approprient ainsi les lieux, transformant ces espaces de soin et de travail (rappelons qu'il s'agit d'un hôpital gériatrique) en leur territoire, afin de préserver leur identité souvent mise à mal par les maladies neuroévolutives [14].

Je trouve que c'est plus chez eux, que notre lieu de travail (AS 3).

C'est presque magique je trouve, ça fait pas service de soin, on est chez l'habitant, l'atmosphère est différente. Les soignants aiment bien venir là. Même les résidents disent qu'ils se sentent bien (psychomotricienne 1).

Ils sont plus détendus, ils ont plus leur place, ils s'installent à leur aise dans le fauteuil (AS 3).

Les stéréotypes (notre façon de penser), les préjugés (les sentiments que nous éprouvons) et la discrimination (la façon dont nous agissons) à l'encontre des personnes en raison de leur âge se nomment l'âgisme [16]. Au regard des échanges et des situations observées, on peut affirmer que cette intervention architecturale a eu un effet positif sur les représentations des professionnels, ce qui est cohérent avec les résultats des travaux menés par S. Adam [17]. Peu à peu, dans cette démarche réciproque de « domestication », la personne, autrefois patient et objet de soins, accède peu à peu au statut d'habitant, sujet de droit, acteur de sa vie.

Le regard porté sur les conditions de travail : un épanouissement

Dans une approche holistique, les professionnels ont un rôle important dans la qualité de vie des résidents et la question de leur qualité de vie au travail (QVT) est apparue comme un point essentiel dans ce projet.

Un rapport aux conditions de travail différent après les travaux (le temps, le sens, la charge) est ce qui ressort majoritairement des entretiens avec les professionnels. Une grande partie de la qualité de vie des résidents repose sur la qualité de ceux qui les accompagnent. Quand la parole des professionnels est entendue et écoutée notamment grâce à ce projet d'aménagement de manière participative, les mots utilisés lors des entretiens témoignent d'une qualité de vie au travail plutôt favorable. Lors de la conception, de nombreux professionnels avaient manifesté leurs peurs pour l'intégrité des résidents mais surtout pour la charge supplémentaire que pourrait représenter un environnement domestique. Des craintes avaient été mises en avant concernant l'ouverture des espaces et les risques de fugue, le choix du mobilier qui ne stigmatise pas les personnes dans les difficultés rencontrées, ou encore le choix de laisser à disposition de *jolies choses fragiles* (directeur 1), la nécessité de faire la poussière, le risque que les résidents génèrent du désordre ou qu'ils se blessent. Pour autant, les entretiens font ressortir un véritable bénéfice pour les professionnels eux-mêmes malgré le scepticisme initial.

Je suis la première à penser qu'ils allaient attraper la vaisselle tout seul, mais au final, pas tant que ça. Je pensais qu'il y aurait plus de dégât que ça mais en fait non (AS 5).

Les entretiens soulignent même un véritable bénéfice pour les professionnels eux-mêmes (figure 11).

Paradoxalement, alors que les professionnels accompagnent davantage les résidents dans les tâches quotidiennes au lieu de se substituer à eux, ils ont l'impression d'avoir plus de temps, que leur travail est plus facile et qu'ils sont moins souvent absents (ce qui reste à prouver avec la prochaine étude quantitative au niveau des données de ressources humaines). Les professionnels, souriants, trouvent dans leur travail davantage de sens et de satisfaction, avec une reconnaissance de la part des résidents et de leurs familles.

Ça a un impact pour le repas. Quand on mange avec eux, ils sont posés. Y a plein de plus, j'ai découvert au fur et à mesure (AS 5).

On vient naturellement. Y a pas de boule au ventre, c'est des conditions de travail exceptionnelles (AES 1).

À un moment où les professionnels de santé sont de plus en plus difficiles à recruter et où les plans se succèdent pour

améliorer l'attractivité des métiers du grand âge, il est intéressant de constater que la transformation domiciliaire des structures peut être un levier important de QVT, qui peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe le degré d'autonomie et de responsabilisation, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué [16] (figure 12).

Le regard des familles : un apaisement et moins de culpabilité

Les familles se sont montrées très enthousiastes lors des échanges et ont majoritairement exprimé une réduction

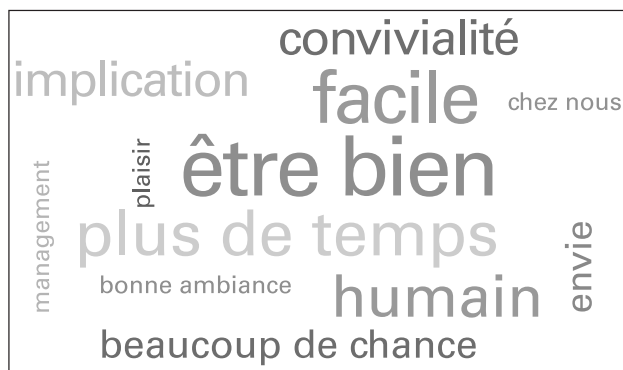


Figure 11. Nuage de mots autour du regard porté sur les conditions de travail - taille de caractère dépendant de la récurrence dans le cadre des entretiens menés avec les professionnels (réalisé avec Mentimeter).

Figure 11. Word cloud around the view of working conditions - character size depending on recurrence in interviews with professionals (made with Mentimeter).

tion de leur sentiment de culpabilité en raison de l'aménagement du lieu, de l'atmosphère qui en dégage et des possibilités offertes aux résidents.

Même si mon proche était déjà bien malade à son entrée dans cet établissement, j'étais très heureuse qu'elle intègre le service des Alizés. Très égoïstement, on culpabilise moins. C'est chaleureux et rassurant pour eux. J'ai connu d'autres établissements, de vrais mouiroirs. Je suis rassurée de la savoir ici (famille 7).

Quand on voit la rénovation qui m'a fait penser à un petit foyer, ça m'a énormément rassuré quant à la prise de décision où l'aidant culpabilise tous les jours et continue toujours mais avec ça il arrive à relativiser (famille 6).

C'est peut-être même plus facile pour le résident que pour la famille. Quand ils disent : « Je suis chez moi ». C'est un soutien moral quelque part même si c'est toujours difficile de les laisser là-bas (famille 3).

Les familles témoignent du développement d'un sentiment de chez soi chez les résidents, élément qui faisait partie des objectifs initiaux, car habiter est « une aspiration universelle, un vecteur essentiel à l'autonomie » [18].

Des pratiques hétérogènes qui restreignent les possibilités d'habiter

Si les résultats présentés ci-dessus sont très convaincants, il n'en reste pas moins que lors de l'immersion ethnographique, nous avons observé des situations qui nous interogent.

Avant les travaux, la cuisine n'était pas accessible pour les résidents. Pour illustrer, voici une situation significative



Figure 12. Photo avant/après. Les chariots ont été remplacés par du mobilier domestique.

Figure 12. Before and after photo. The carts were replaced by household furniture.

observée en 2018 ; une résidente derrière le bar regarde une professionnelle qui lave la vaisselle et demande : *je peux essuyer ?* À cela, la professionnelle lui répond : *non, c'est pas le moment*. Lors d'une réunion de concertation menée pour la mise en œuvre du projet, cette situation est évoquée en équipe. Pour justifier cette réponse, la professionnelle s'exprime ainsi :

Ils ont envie mais on ferme à clefs pour pas qu'ils entrent. [...] Si je restais avec certaines personnes pour la vaisselle, après j'ai sept chambres de ménage à faire. On s'est peut-être interdit de se dire que les résidents peuvent essuyer la vaisselle. [...] Elle met la vaisselle et se touche la protection. Ça s'est produit et on a décidé qu'il ne fallait plus le faire. On est censé les protéger.

Après un long échange impliquant l'ensemble des fonctions de l'établissement autour des thèmes du partage des responsabilités, de l'hygiène, de l'acceptation du risque, de la liberté de choisir et de faire, il fut décidé collectivement avec le soutien de l'encadrement d'ouvrir la cuisine aux résidents, le bénéfice perçu étant finalement supérieur au risque réel.

Cependant, lors de l'évaluation post-occupationnelle, on observe la présence d'un chariot de ménage qui obture l'accès à la cuisine pour les résidents, ce qui en limite l'usage domestique – même en présence des professionnels. Les soignants eux-mêmes justifient leur choix en relatant notamment la peur du manque d'hygiène.

Si la participation aux gestes de la vie quotidienne semble acquise suite à l'installation d'une machine à laver (les résidents étendent le linge de maison de l'unité sans supervision), cela ne semble pas le cas autour du repas. On observe par exemple que la vaisselle est commencée par l'agent de service hospitalier (ASH) pendant le repas, ce qui, en plus de priver les résidents de la possibilité de participer pour les résidents, génère une nuisance sonore importante.

Dans le même registre, avant travaux, des échanges entre résidents laissaient penser que certains d'entre eux se sentaient à l'hôtel :

*Tu as de l'argent sur toi ? Pour payer le repas !
Appelez-moi le maître d'hôtel !*

Lors de l'immersion post-occupationnelle, le déroulement des repas est plus convivial, voire familial pour certains, avec notamment la présence d'un professionnel à table qui partage le repas, mais il n'en reste pas moins que les résidents sont encore très passifs, atablées avec leur serviette et couverts déjà dressés devant eux.

La logique de service prévaut encore comme en témoigne cette autre situation : un résident voulait se servir lui-même à boire. Quand l'ASH l'a vu, elle a traversé la pièce à la hâte pour le servir parce que *ça passe toujours*

à côté et a placé ensuite le broc très loin du résident sur la table. Le résident n'a finalement pas bu son verre servi. Quand elle est partie, il s'est exprimé avec les propos suivants : *La chef va me servir*.

Enfin, de nombreuses injonctions sont entendues durant le repas :

Laissez, laissez Mme X, mais non, il ne faut pas débarrasser ! Non, non, laissez, laissez (ASH 3).

Autre exemple, lors d'un échange avec une résidente qui est en train d'étendre seule le linge, nous lui demandons si elle se sent chez elle ici. Elle répond :

Non, je ne suis pas chez moi ici. Je suis chez des amies là, j'étends du linge pour leur rendre service, voilà quoi.

Ainsi, après travaux, on constate que l'environnement physique « comme à la maison » favorise désormais le sentiment de chez soi et la participation des résidents (surtout leur envie de le faire) mais qu'il existe chez certains professionnels des pratiques et des postures qui les restreignent. Si le changement spatial est radical et que les marqueurs sanitaires ont disparu du cadre de vie, il semble que ce changement de cadre architectural n'ait pas suffi pour transformer la culture d'accompagnement qui est encore très marquée par la logique de service.

Des étapes qui restent à franchir

Pour comprendre d'où venait cet écart, il ressort du questionnaire complémentaire à l'attention de la direction et de l'encadrement que cette démarche de transformation – qui s'est déployée sur le plan spatial aux quatre unités de psychogériatrie – ne s'est pas encore ancrée dans les documents et pratiques institutionnelles, en raison notamment de la crise sanitaire qui a limité considérablement le temps disponible pour l'élaboration du projet.

À ce jour, le projet *Lou Edredoun* qui a vocation à être l'ADN du projet social de l'ensemble de l'établissement n'est pas encore formalisé sur le plan institutionnel. La direction envisage cependant le déploiement de cette démarche sur l'ensemble des services de l'Institut Hélios Marin :

Il fera partie intégrante du projet associatif. Ce changement de pratique leur permet de prendre des risques. Risques mesurés, calculés mais synonymes d'actions de vie et d'envies personnelles. Ils ne sont plus uniquement en attente de soins mais présents dans leur environnement intime et partagé (directeur).

L'observation sur le terrain nous montre que la transformation au niveau de l'accompagnement est très « personnel-dépendant » et qu'il y a un enjeu très fort à rendre visible et à partager largement cette philosophie car les pra-

tiques sécuritaires limitent la liberté et la possibilité de se sentir utile pour les résidents. Le partage des responsabilités n'étant pas clairement posé, par exemple avec les familles dans le cadre de la réécriture du contrat de séjour ou encore du règlement de fonctionnement. Également, dans le livret d'accueil du salarié, la question du risque et du partage des responsabilités n'est pas éludée.

L'observation et les échanges nous montrent que seuls les professionnels qui ont participé à la concertation initiale ont transformé leurs pratiques et que cette culture d'accompagnement domiciliaire est plus difficile pour ceux qui sont arrivés après ou qui ne sont que de passage (en raison des difficultés de recrutement générant un recours important à des intérimaires) :

On recommence à chaque fois car c'est pas les mêmes équipes (directeur 2).

Autre point qui relève davantage de l'organisationnel, aucune fiche de poste spécifique au projet n'a été créée pour les unités concernées incluant le principe de participation des résidents, notamment pour les tâches accomplies par les ASH.

Le travail est le même, ça ne change rien. [...] Dans l'ensemble, c'est bien y'avait besoin mais pour le travail ça ne change pas grand-chose. Moi, on m'a dit de juste faire mon travail, de servir (ASH 2).

À ce titre, le choix de l'établissement s'est porté sur l'ajout d'un temps d'aide-soignant l'après-midi (2 h) pour la réalisation d'ateliers thérapeutiques centrées sur la vie quotidienne. Dans une logique domiciliaire, où l'enjeu est la possibilité de continuer à vivre comme avant afin de maintenir les repères, les gestes, les modes de vie et l'identité des personnes, il aurait été préférable de miser sur la possibilité de participer aux tâches domestiques du lieu de vie tout au long de la journée avec l'ASH plutôt que d'en faire un atelier deux heures après. Cet exemple qui est le signe d'une culture qui est restée malgré tout très institutionnelle pourrait être mis en relation avec la question des blouses.

En effet, dans le cadre du projet initial, il était question de remplacer les blouses hospitalières pour une tenue de travail civile. Cette question est hautement épineuse car elle touche à de nombreuses dimensions (symbolique, fonctionnelle, hygiénique, etc.) et a suscité de très nombreux débats. Ce point est un élément très fort dans le passage d'une culture sanitaire à domiciliaire, mais aussi pour renforcer la possibilité pour les résidents de se sentir chez eux.

Quand elle est allée aux Alizés, je l'ai vu revivre cette femme, elle a vécu au moins un an de plus de vie. Elle faisait comme nous, elle mettait sa blouse et prenait le

chariot. Du coup, elle avait du sens dans ce qu'elle voulait faire, nous aider, faire comme nous (psychomotricienne 1).

Discussion : une expérimentation riche d'enseignements

Plusieurs enseignements majeurs résultent de cette expérimentation pour tout établissement qui souhaiterait s'inscrire dans la logique domiciliaire, surtout en ce moment où la qualité de vie des résidents et des conditions de travail des soignants est mis au jour de l'actualité nationale et internationale [3]. À travers une intervention architecturale menée de manière participative, il s'avère essentiel de construire des lieux de vie où il y a du soin plutôt que des lieux de soin où il y a de la vie.

Comme l'expose Alain de Botton : « Qualifier de belle une œuvre architecturale ou de design, c'est reconnaître en elle une expression de valeurs essentielles à notre épanouissement, une incarnation de nos idéaux personnels dans un support matériel » [20]. Ainsi réaménagé, l'unité de psychogériatrie Les Alizés de l'Institut Hélios Marin est devenue une promesse du bonheur pour tous, apportant bien-être aux résidents, familles et professionnels.

Pour autant, les résultats de cette recherche nous montrent que pour que l'aménagement domestique ne se résume pas en la création d'un joli *décor* mais bien un *support* à de nouvelles pratiques professionnelles davantage centrées sur la vie quotidienne, la formation des professionnels se révèle absolument indispensable [21].

Ce n'est pas que de la décoration mais aussi dans les mentalités (psychomotricienne 1).

Dans un environnement institutionnel, empreint de culture sanitaire et sécuritaire qui de surcroît accueille des personnes souffrant de troubles cognitifs, la possibilité d'habiter un lieu tout comme le besoin d'autonomie se satisfait de la possibilité de choisir et de faire évoluer ses choix [21].

La formalisation de l'acceptation du risque et du partage des responsabilités devient alors indispensable. Sans cela, il est peu probable que les personnes puissent in fine habiter ces lieux de vie, c'est-à-dire y vivre selon leurs aspirations et besoins.

Il s'agit pour les lieux de vie institutionnels de créer les conditions pour qu'une personne, aussi dépendante soit-elle, se sente acteur de sa propre vie, en relation avec son environnement et son entourage [23]. Inclure les usagers de manière continue permet de créer une sorte de symbiose (Usager-Environnement) pour soutenir et améliorer

les conditions de vie et de travail, comme un soutien managérial.

Pour l'Institut Hélio Marin déjà bien engagé dans sa démarche de transformation, il s'agit de poursuivre son travail de déploiement et de pérennisation du changement de culture domiciliaire initié. Transmettre en continu la philosophie du projet, notamment en raison du turn-over, de l'épuisement professionnel, de l'évolution des résidents et des situations est indispensable. En effet, sans mise en place d'un processus d'acculturation continu des professionnels, il est à craindre que ce type d'aménagement *joli, qui met du baume au cœur (résidente 4)* fasse croire aux personnes qu'elles seront ici chez elles alors que dans les faits, il en est autrement.

Ne serait-il pas alors légitime de s'interroger sur les bienfaits d'une telle intervention architecturale ; n'aurait-elle pas contribué finalement à rendre tolérable l'insoutenable ? Il s'agit là d'un questionnement que tout porteur de projet doit se poser et qui rejoint les questionnements éthiques qui ont vu le jour à l'issue de la crise sanitaire [24].

Remerciements. Nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe de l'Institut Hélio Marin, la direction et le conseil d'administration pour le temps et la confiance accordée, pour la transparence

Références

1. De l'Espinay AM, Roy D. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). *Études et résultats* 2020 ; 1172 : 1-5.
2. Guedj J, Broussy L, Lafont AK. Les personnes âgées en 2030. *Matières grises*, septembre 2018.
3. Castanet V. *Les Fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. Paris : Fayard, 2022.
4. Broussy L, Guedj J, Kuhn-Lafont AL. L'Ehpad du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical du modèle. *Matières Grises*, 2021.
5. Cérèse F, Eynard C. Domicile, habitats intermédiaires, Ehpad: quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel. In : Thalineau A, Nowik L. *Vieillir chez soi, vieillir entre soi, les habitats intermédiaires en question*. 2014 : 99-116
6. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. *Chapitre prospectif : Pour une société inclusive ouverte à tous*, 2018.
7. Fleming R, Zeisel J, Bennett K. World Alzheimer Report 2020: Design, dignity, dementia: Dementia-related design and the built environment, 2020.
8. Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. *HERD* 2014 ; 8 : 127-57.

Points clés

Le réaménagement de l'environnement d'une unité protégée de manière domestique :

- permet aux résidents de mieux comprendre leur lieu de vie, leur offre davantage de supports aux résidents pour le maintien de leurs compétences, réduit la manifestation des troubles du comportement et la contention physique,
- contribue au changement de regard des professionnels sur les résidents,
- améliore le regard que les professionnels portent sur leurs conditions de travail,
- améliore la perception des familles et réduit leur sentiment de culpabilité.
- pour autant, toutes ces améliorations doivent être confortées par un accompagnement au changement de culture et de pratiques professionnelles pour permettre aux personnes de se sentir véritablement chez elles.

aussi et pour avoir accepté de partager les enseignements de leur belle – mais ô combien difficile ! - aventure. Aux résidents et aux familles, un grand merci pour leur sincérité et leurs propos qui nous ramènent souvent à l'essentiel.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

9. Besse JM. *Habiter : un monde à mon image*. Paris : Flammarion, 2013.
10. Bonicco-Donato C. Heidegger et la question de l'habiter. *Une philosophie de l'architecture*. Paris : Parenthèses, 2019.
11. Fondation de France. *Humanisation des soins : Accueillir et accompagner dans les lieux de soins*. Appel à projet, 2017.
12. Charras K, Cérèse F. Être « chez soi » en Ehpad : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société* 2017 ; 39 :169-183.
13. Cérèse Razès F. *Environnement architectural, santé et domesticité : étude des effets d'un aménagement architectural domestique sur la qualité de vie, l'usage et la perception de l'espace dans les lieux de vie institutionnels pour personnes âgées*. Thèse de doctorat. Montpellier 3, 2015.
14. Bouchaire J. Vieillesse, handicap et identité : la psychomotricité comme soutien à l'identité psychocorporelle chez la personne handicapée vieillissante. *Sciences de l'Homme et Société* 2021.
15. Bergier B. *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales. Intérêts et limites*. Paris : L'Harmattan, 2000.
16. Organisation mondiale de la santé. *Décennie pour le vieillissement en bonne santé : stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé 2016-2020 : vers un monde où chacun puisse vivre longtemps et en bonne santé*. Rapport du Directeur général, 2020.
17. Marquet M, Missotten P, Adam S. Âgisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées: une revue de la question. *Gériatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14 : 177-86.

- 18.** Antonmattei PH. Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 : acte II de la flexisécurité à la française. Dalloz, 2013, « *Recueil Dalloz* », : 577.
- 19.** Haute Autorité de santé. *Accompagner vers et dans l'habitat*. Note de cadrage. Saint-Denis-La-Plaine, 2021.
- 20.** Botton A, Aoustin JP. *L'architecture du bonheur*. LG, 2009 : 124.
- 21.** Célestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. *Guide des pratiques psychocorporelles : 25 techniques (relaxation, hypnose, art-thérapie, toucher, etc.)*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Health Sciences, 2018.
- 22.** Woodbridge R, Sullivan MP, Harding E, *et al.* Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia* 2018 ; 17 : 533-72.
- 23.** Kouloud A, La Corte V, Piolino P. Does virtual reality have a future for the study of episodic memory in aging? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieill* 2017 ; 15 : 65-74.
- 24.** Gzil, F. *Charte éthique et accompagnement du grand âge*. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021.